



INSTITUTO POLITÉCNICO
DE VIANA DO CASTELO

Perceção do Stress do Enfermeiro de Ambulância SIV Integrada num SU

Ana Soraia Lima Martins



INSTITUTO POLITÉCNICO
DE VIANA DO CASTELO

Ana Soraia Lima Martins

**PERCEÇÃO DO STRESS DO ENFERMEIRO DE AMBULÂNCIA
SIV INTEGRADA NUM SU**

Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Trabalho efetuado sob a orientação da
Professora Doutora Maria Salomé Martins Ferreira

Janeiro de 2016

Resumo

A integração das ambulâncias de suporte imediato de vida em serviços de urgência é recente em Portugal e o stress desenvolvido pelos enfermeiros que exercem funções em ambulância de suporte imediato de vida e num serviço de urgência, durante o mesmo turno, ainda está pouco estudado. Por este motivo, desenvolvemos o presente trabalho de investigação que tem por objetivo geral conhecer a perceção dos enfermeiros relativamente ao stress sentido no exercício das suas funções, em ambulância de suporte imediato de vida e num serviço de urgência.

Trata-se de um estudo de natureza qualitativa de carácter exploratório-descritivo. Para a sua concretização utilizámos como instrumento de colheita de dados a entrevista semi-estruturada, tendo sido realizadas oito entrevistas a enfermeiros que exercem funções numa ambulância de suporte imediato de vida integrada num serviço de urgência de um hospital da zona norte do país. Todas as entrevistas foram tratadas tendo por base a análise de conteúdo, seguindo os passos estabelecidos por Bardin (2004).

Dos resultados obtidos relativamente à perceção dos enfermeiros sobre o stress sentido quando exercem funções em ambulância de suporte imediato de vida integrada num serviço de urgência resultaram quatro áreas temáticas: respostas do organismo ao stress, dificuldades sentidas no exercício das suas funções, perceção da influência do stress nos cuidados de enfermagem e estratégias adotadas pelos enfermeiros na gestão do stress.

Os resultados deste estudo mostraram que os enfermeiros em estudo, ao realizarem funções em emergência pré-hospitalar e num serviço de urgência, ao longo do mesmo turno, desenvolvem respostas orgânicas perante o stress sentido, sendo estas respostas emocionais, cognitivas e fisiológicas. Todos os enfermeiros mencionaram dificuldades no desempenho das suas tarefas devido a esta acumulação de serviço, admitindo que os cuidados de enfermagem poderão ser afetados quando o enfermeiro exerce funções em ambulância de suporte imediato de vida e num serviço de urgência, ao mesmo tempo. Verificamos ainda que todos os enfermeiros admitiram recorrer a algumas estratégias para lidar com o stress sentido por esta situação profissional, pelo que se torna importante dotar os enfermeiros de estratégias para a gestão do stress.

Palavras-chave: stress, enfermagem, ambulância, serviço hospitalar de emergência.

Abstract

The integration of immediate life support ambulances on accident and emergency units is very recent in Portugal and, consequently, the stress developed by nursing staff that work on both the immediate life support ambulance and the accident and emergency unit during the same shift is still understudied. For this reason, we developed this investigation paper whose main objective is to find out the general perception nursing staff have regarding their own stress when working on an immediate life support ambulance and an accident and emergency unit during the same shift.

This is a qualitative study with an exploratory-descriptive character. For its development we used as a data collection tool the semi-structured interview, having done eight of these interviews with nurses that work on immediate life support ambulances integrated into accident and emergency units in northern Portugal. All interviews were treated based on content analysis, following the steps established by Bardin (2004).

The results obtained regarding the nursing staff perception of their own stress when working on an immediate life support ambulance integrated into an accident and emergency unit focus on four thematic areas: the body's response to stress, difficulties felt when performing their job, perception of the influence stress plays on nursing care and what strategies nurses adopt to manage stress.

The results of this study show that surveyed nurses, when working on both pre-hospital emergency and accident and emergency unit during the same shift, display an emotional, cognitive and physiological response to stress. All nurses mentioned difficulties when performing their duty because of this task accumulation and admit that nursing care may suffer when working on an immediate life support ambulance and accident and emergency unit at the same time.

We also found that all surveyed nurses admit to use their own strategies to manage the stress felt during these shifts. For this reason it's important to provide nursing staff with the necessary tools and strategies to manage stress.

Keywords: stress, nursing, ambulance, accident and emergency unit

Agradecimentos

À minha Mãe, a melhor do mundo. Sem ti e sem o teu amor nunca seria quem hoje sou e jamais teria chegado até aqui.

Ao meu Pai. A vida encarregou-se de nos voltar a unir e ainda bem que assim foi.

À minha Irmã. Pelo amor incondicional.

À minha família. Vocês sabem quem são. Por tudo o que sempre fizeram por mim.

Ao Fernando. Pela compreensão da minha ausência, pela paciência, pelo amor.

Ao Senhor Artur e à Dona Odete. Pela ajuda certa, no momento certo.

Aos meus colegas e amigos Sofia, Cátia, Coentrão e Joana. Pela força partilhada. Sem vocês, possivelmente teria desistido de tudo isto.

Ao meu amigo Bruno Moreira e à minha amiga Ana Filipa. Por toda a ajuda e disponibilidade.

À Professora Doutora Salomé Ferreira. Pelo incentivo constante e por todo o saber transmitido.

Aos colegas que participaram neste estudo. Por toda a partilha de conhecimentos, na esperança de conseguir melhorar, nem que seja um só bocadinho, aquilo que vivemos todos os dias.

A todos os que sempre acreditaram em mim.

“Neste amontoado humano, quantas vezes se perde o rasto a urgências reais...”

Ponce, 2012

Sumário

Resumo

Abstract

Agradecimentos

Dedicatória

Pensamento

Índice de figuras e quadros

Abreviaturas

Siglas

INTRODUÇÃO..... 21

PARTE I. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

CAPÍTULO 1. STRESS: DO CONCEITO AO EFEITO..... 27

1.1. Desenvolvimento histórico do conceito de stress..... 27

1.2. Modelos explicativos de stress..... 29

1.2.1. Modelo de Stress de Cannon..... 30

1.2.2. Modelo do Síndrome geral de adaptação 30

1.2.3. Modelo da teoria dos acontecimentos da vida 31

1.2.4. Modelo transacional de Lazarus e Folkman 31

1.3. Situações indutoras de stress..... 32

1.4. Fisiologia do stress e respostas orgânicas..... 34

1.5. Tipos de stress..... 38

1.6. Estratégias de *coping*..... 39

CAPÍTULO 2. STRESS E TRABALHO..... 43

2.1. Stress ocupacional..... 43

2.2. Stress na profissão de enfermagem.....	45
2.3. Stress do enfermeiro num serviço de urgência.....	46
2.4. Stress do enfermeiro em emergência pré-hospitalar.....	47
CAPÍTULO 3. EMERGÊNCIA PRÉ-HOSPITALAR: DA ORIGEM À ATUALIDADE.....	49
3.1. Evolução histórica da emergência pré-hospitalar.....	49
3.2. Funções e estrutura atual do instituto nacional de emergência médica.....	52
3.3. Meios de socorro do instituto nacional de emergência médica.....	55
3.4. Ambulâncias de suporte imediato de vida e respetiva integração em serviços de urgência.....	57
3.5. Enfermeiro na emergência pré-hospitalar.....	60
CAPÍTULO 4. SERVIÇO DE URGÊNCIA: DA ORGANIZAÇÃO À OPERACIONALIZAÇÃO.....	63
4.1. Realidade dos serviços de urgência.....	63
4.2. Níveis de responsabilidades dos serviços de urgência.....	66
4.3. Enfermagem de urgência.....	68
4.4. Competências do enfermeiro especialista num serviço de urgência.....	69
4.5. Especificidades do serviço de urgência onde foi realizado este estudo de investigação.....	72
PARTE II. ESTUDO EMPÍRICO	
CAPÍTULO 5. METODOLOGIA: O CAMINHO PERCORRIDO.....	77
5.1. Tipo de estudo.....	77
5.2. Objetivos do estudo.....	78
5.3. Questões de investigação.....	79
5.4. Participantes.....	79
5.5. Instrumento de colheita de dados.....	80
5.6. Procedimentos formais e éticos.....	81

5.7. Tratamento dos resultados.....	82
-------------------------------------	----

PARTE III. RESULTADOS ENCONTRADOS

CAPÍTULO 6. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	87
--	----

6.1. Caracterização dos participantes.....	87
--	----

6.2. Áreas temáticas emergentes das entrevistas.....	90
--	----

6.2.1. Respostas do organismo ao stress.....	91
--	----

6.2.2. Dificuldades sentidas no exercício de funções numa ambulância de suporte imediato de vida integrada num serviço de urgência.....	98
---	----

6.2.3. Perceção da influência do stress nos cuidados de enfermagem.....	101
---	-----

6.2.4. Estratégias adotadas pelos enfermeiros para gestão do stress.....	106
--	-----

SÍNTESE E CONCLUSÃO.....	111
--------------------------	-----

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	115
---------------------------------	-----

APÊNDICES.....	129
----------------	-----

Apêndice A – Guião de entrevista

Apêndice B – Pedido de autorização aos participantes para realização das entrevistas

Apêndice C – Pedido de autorização institucional para realização das entrevistas

Apêndice D – Transcrição das entrevistas

Índice de Figuras

Figura n.º 1 – Fases do modelo do “Síndrome geral de adaptação”.....	31
--	----

Figura n.º 2 – Esquematização do modelo transacional de Lazarus e Folkman.....	33
--	----

Figura n.º 3 – Esquematização da fisiologia do stress.....	36
--	----

Índice de quadros

Quadro n.º 1 – Características socio-demográficas e profissionais dos participantes.....	87
Quadro n.º 2 – Motivo para os participantes exercerem funções num serviço de urgência e numa ambulância de suporte imediato de vida.....	89
Quadro n.º 3 – Grau académico dos participantes.....	90
Quadro n.º 4 – Áreas temáticas, categorias e subcategorias emergentes das entrevistas.....	91
Quadro n.º 5 – Categorias e subcategorias relativas à área temática “Respostas do organismo ao stress”.....	92
Quadro n.º 6 – Categorias e subcategorias relativas à área temática “Dificuldades sentidas no exercício de funções numa ambulância de suporte imediato de vida integrada num serviço de urgência.....	99
Quadro n.º 7 – Categorias e subcategorias relativas à área temática “Influência do stress nos cuidados de enfermagem”.....	102
Quadro n.º 8 – Categorias e subcategorias relativas à área temática “Estratégias adotadas pelos enfermeiros para gestão do stress”.....	106

Abreviaturas

Edição – ed.

Número – n.º

Página – p.

Siglas

CODU – Centro de orientação de doentes urgentes

CRRNEU – Comissão para a reavaliação da rede nacional de emergência e urgência

DAE – Desfibrilhador automático externo

EPH – Emergência pré-hospitalar

INEM – Instituto nacional de emergência médica

PSP – Polícia de segurança pública

SAV – Suporte avançado de vida

SBV – Suporte básico de vida

SIEM – Sistema integrado de emergência médica

SIV – Suporte imediato de vida

SU – Serviço de urgência

SUB – Serviço de urgência básico

SUMC – Serviço de urgência médico-cirúrgico

SUP – Serviço de urgência polivalente

TAE – Técnico de ambulância de emergência

VMER – Viatura médica de emergência e reanimação

INTRODUÇÃO

O conceito stress, embora atualmente seja enunciado de forma regular nas mais variadas conversas do dia a dia, é de difícil definição e caracterização tendo mesmo adotado, ao longo dos séculos, diferentes interpretações e modelos explicativos, verificando-se alguns autores que fizeram e marcaram definitivamente a sua evolução histórica (Teixeira, 2010).

Segundo Serra (2007), o conceito de stress foi introduzido em 1860 por Claude Bernard, tendo sido posteriormente estudado de forma mais profunda, em 1934 com Walter Bradford Cannon (Macedo, 2010), ao qual se seguiu o modelo explicativo de Hans Selye, em 1936 (Thoits, 2010). Mais tarde, em 1967, Holmes e Rahe destacaram-se no estudo do stress e em 1984, Lazarus e Folkman, incluíram na caracterização do stress, a influencia do meio ambiente no stress que o indivíduo desenvolve.

As teorias de Santos e Castro (1998), Muniz, Primi e Miguel (2007) e Serra (2007), apontam para o facto do indivíduo, numa perspetiva biopsicossocial, poder sofrer de alterações psicofisiológicas, cuja interpretação pessoal das situações, pode levar, ao não, ao desenvolvimento de stress.

O stress ocupacional, por sua vez, começou a ser estudado nos anos 60 com Khan e seus colaboradores (Teixeira, 2010), sendo atualmente um fenómeno que afeta uma grande percentagem de trabalhadores no mundo industrializado (Rosa, Albiol e Salvador, 2009), assumindo contornos significativos na medida em que a crescente exigência profissional, resultante do desenvolvimento natural da economia e da tecnologia, promove a competição laboral e científica, exigindo aos trabalhadores capacidades redobradas e inovadoras.

Nesta linha de pensamento, os profissionais de saúde, e mais especificamente os enfermeiros, têm sido alvo de inúmeras investigações relativas à problemática do stress, quer a nível internacional quer a nível nacional: Pacheco (2005), Queirós (2005), Jesus (2004; 1998), Pinto, Lima e Silva (2003) e Serra (2007).

Contudo, se os estudos científicos sobre o stress nos enfermeiros são já bastante significativos, os estudos relativos ao stress nos enfermeiros da área da emergência médica, intra e extra-hospitalar, são ainda diminutos, principalmente em Portugal, onde a rede de Serviços de urgência (SU), a Emergência pré-hospitalar (EPH) e a integração das ambulâncias de Suporte imediato de vida (SIV), tal como hoje se apresenta, ainda é relativamente recente.

A escolha desta temática deve-se justamente a esta insuficiente informação e investigação, associada ao interesse e motivação pessoal na exploração do tema, uma vez que é num SU com ambulância SIV integrada que a autora deste estudo de investigação desenvolve a sua atividade profissional. Entendemos ser um trabalho que se reveste de interesse relevante, na medida em que pode contribuir para um melhor conhecimento sobre a temática estudada, podendo ajudar na melhoria das condições de trabalho dos enfermeiros e, por conseguinte, dos cuidados de enfermagem.

Neste sentido, delineámos como objetivo geral: conhecer a perceção dos enfermeiros relativamente ao stress sentido no exercício das suas funções, ao longo do mesmo turno, em ambulância SIV e num SU. Para a concretização deste objetivo, recorremos à metodologia qualitativa, de carácter exploratório-descritivo, utilizando a entrevista semi-estruturada como instrumento de colheita de dados e seguindo uma análise de conteúdo baseada em Bardin (2004).

Relativamente à estrutura, este trabalho está dividido em três partes. A primeira parte refere-se ao enquadramento teórico, onde são apresentados quatro capítulos. O primeiro capítulo faz referência ao stress, relatando-se o desenvolvimento histórico do conceito, os modelos mais significativos e marcantes, as situações indutoras de stress, a fisiologia do stress e as respostas orgânicas, os tipos de stress existentes e as principais estratégias adotadas para lidar com o stress. O segundo capítulo refere-se especificamente ao stress no trabalho, sendo descrito o conceito de stress ocupacional, stress na profissão de enfermagem e o stress desenvolvido pelo enfermeiro num SU e pelo enfermeiro na EPH. O terceiro capítulo refere-se à EPH, discutindo-se a evolução histórica, as funções e estrutura actual do Instituto nacional de emergência médica (INEM), os meios de socorro, o projeto e a integração das ambulâncias SIV e, finalmente, o papel do enfermeiro na EPH e na ambulância SIV integrada. No quarto capítulo cabe falar sobre SU, fazendo-se uma breve abordagem à realidade atual dos SU's, níveis de responsabilidades, enfermagem de urgência, competências do enfermeiro especialista num SU, terminando a referir algumas especificidades do SU onde foi realizado este estudo de investigação.

Passando para a segunda parte deste estudo, encontra-se o capítulo cinco, referente ao processo metodológico adotado. Aqui é especificado o tipo de estudo, os objetivos e as questões de investigação, são mencionados os participantes, o instrumento de colheita de dados utilizado, os procedimentos formais e éticos abrangidos e a forma como foram tratados os dados obtidos.

A terceira e última parte refere-se à apresentação e discussão dos resultados encontrados. Engloba o capítulo seis onde são destacadas as características dos participantes, os dados emergentes das entrevistas, a apresentação e discussão dos mesmos.

Posto isto resta dizer que, embora com consciência das limitações e dificuldades sentidas, foi colocado todo o empenho e dedicação no desenvolvimento deste estudo esperando, de algum modo, que a sua concretização seja um contributo válido e uma mais valia para a enfermagem que hoje se vive.

PARTE I
ENQUADRAMENTO TEÓRICO

CAPÍTULO 1

STRESS: DO CONCEITO AO EFEITO

Neste capítulo, numa tentativa de definir o conceito de stress, abordámos a evolução histórica que este conceito recebeu ao longo dos séculos, assim como os diferentes modelos teóricos sobre a temática. São definidas situações indutoras de stress, a fisiologia do stress e as respostas orgânicas que este fenómeno pode causar nos indivíduos. Por último são abordados os tipos de stress que existem e algumas estratégias para a gestão do mesmo.

1.1. Desenvolvimento histórico do conceito stress

Ao longo dos séculos o conceito stress foi adquirindo diferentes definições, aplicações e teorias explicativas, consoante a disciplina associada, como a física, a engenharia ou a biologia, e consoante os autores que estudaram a temática (Teixeira, 2010).

No século XV o termo stress era entendido como uma tensão ou pressão de natureza física. No século XVII, ultrapassou a dimensão física e passou a ser entendido como uma adversidade ou dificuldade. Nos séculos XVIII e XIX passou a ser designado como toda e qualquer tensão que atuava sobre uma pessoa ou objeto (Leal, 1995).

De acordo com Serra (2007), o médico cientista e fisiologista francês Claude Bernard, após os seus primeiros estudos acerca da temática, por volta de 1860, deixou como herança para futuras investigações uma ideia-chave importante na definição do conceito, caracterizando o stress como uma ameaça à integridade de um organismo, evocando respostas por parte deste no sentido de contrariar essa ameaça.

Dando seguimento a esta ideia, Walter Bradford Cannon aprofundou o conceito de homeostase (tendência à estabilidade do meio interno do organismo), em 1934, descrevendo o stress através das reações de “luta ou fuga” que um indivíduo adota, e que dizem respeito à ligação realizada entre as respostas adaptativas ao stress e a secreção de catecolaminas (Macedo, 2010).

Posteriormente, Hans Selye, na necessidade de compreender as respostas fisiológicas do organismo, citadas primariamente por Cannon, dedicou-se seriamente ao tema e definiu de forma mais concreta e precisa, pela primeira vez, o conceito de stress, escrevendo o seu

primeiro artigo sobre “Síndrome de stress”, em 1936, deixando o seu nome definitivamente entrelaçado a esta área de estudo (Thoits, 2010).

Segundo Selye (1936), todo o organismo vivo pode sofrer de stress, sendo este caracterizado pelas respostas emitidas frente a acontecimentos que provocam desequilíbrio no bem-estar, e que visam restabelecer o equilíbrio interno do organismo depois deste atravessar uma situação desencadeadora de stress. Destacou-se, portanto, novamente o conceito de homeostase (Odgen, 2004).

Selye conceitualizava, desta forma, o stress como um fenómeno essencialmente fisiológico e orgânico, tendo sido os seus trabalhos considerados pioneiros e os mais marcantes na perspectiva biológica (Ramos, 2001).

Contudo, a importância que este autor deu à atividade fisiológica exercida pelo organismo foi exatamente o principal motivo das críticas lançadas ao seu modelo de stress. Alguns autores declararam que Selye não levava em consideração os fatores psicológicos e sociais envolvidos no processo de desenvolvimento do stress, tendo-se focado apenas nos mecanismos fisiológicos envolvidos (Graziani e Swendsen, 2007).

Posteriormente, alterando o que havia sido estudado e definido até então, destacaram-se os autores Holmes e Rahe (1967). Através da realização de estudos acerca dos efeitos positivos e negativos que os grandes acontecimentos da vida trazem para a saúde do indivíduo, estes autores salientaram dois pontos: o primeiro ponto referia-se ao facto de alguns acontecimentos serem maiores indutores de stress do que outros; e o segundo referia-se às situações difíceis, capazes de imporem mudanças determinantes num curto espaço de tempo, e que influenciavam o estado de saúde do indivíduo sobrecarregando as suas habilidades (Borrel, 2001).

Contudo, apesar da importância e do contributo destes últimos autores, continuava-se a não considerar nenhuma dimensão subjetiva do indivíduo. Este facto conduziu para a realização de posteriores investigações, desta vez valorizando-se a relação do indivíduo com o meio ambiente em que se insere, tendo-se evidenciado os autores Lazarus e Folkman (1984). Estes autores passaram a definir o conceito de stress como algo sentido sempre que o indivíduo percebe que uma determinada situação está fora do seu controle. O stress passa a ser encarado como uma interação/transação entre o indivíduo e o ambiente em que este se encontra, sendo esta interação necessariamente avaliada pelo indivíduo

como uma ameaça, onde o mesmo não tem recursos ou aptidões para correspondê-la, afetando consequentemente a sua saúde (Ramos, 2001).

Mais tarde voltaram a surgir outras definições e abordagens do conceito stress, desta vez com abordagem biopsicossocial, como sendo a apresentada por Santos e Castro (1998), segundo os quais o stress é a condição que resulta quando as trocas entre a pessoa e o meio ambiente, levam a perceber e sentir uma discrepância, real ou não, entre as exigências de uma determinada situação e os recursos do indivíduo, ao nível biológico, psicológico e social.

Por sua vez, Muniz, Primi e Miguel (2007), consideraram que o stress é um desgaste geral do organismo ocasionado por alterações psicofisiológicas, perante situações que despertam emoções, tanto boas como más, que exigem mudanças. Essas situações constituem fontes de stress e podem ser externas ou internas ao indivíduo.

Mais recentemente, Serra (2007) caracteriza o stress como uma resposta necessária e adaptativa, podendo acontecer todos os dias e em qualquer pessoa, sendo importante saber identificá-lo e entender as suas causas e efeitos, para assim aprender a lidar com ele.

Em forma de resumo, destacando-se o contributo de todos estes estudos e de todos estes autores, e apesar das características negativas do stress, atualmente devemos percecioná-lo como uma experiência crucial, na medida em que possui um papel fundamental para a adaptação do ser humano, crescimento e desenvolvimento pessoal e para motivar o indivíduo para a ação, sendo inevitável e necessário à vida (Rita, Patrão e Sampaio, 2010).

Por tudo isto, e dado que a definição do conceito difere ao longo de todos estes séculos, atendendo à ênfase e à área de investigação de cada autor, existe uma imensa dificuldade para definir em absoluto o que é o stress, podendo este ser considerado um estímulo, uma resposta, ou uma interação decorrente destes dois âmbitos (Hespanhol, 2005).

1.2. Modelos explicativos de stress

A par de toda esta evolução histórica do conceito stress, surgiram os diferentes modelos explicativos de stress:

1.2.1. Modelo de Stress de Cannon

Walter Bradford Cannon (1871-1945), médico e fisiologista norte-americano, criou uma das primeiras teorias de stress, em 1934, designado por “Modelo de luta ou fuga”. Segundo este autor, em situações indutoras de stress, o organismo desenvolve uma “reação de emergência” que, tratando-se de uma resposta inadequada, pode levar a um desgaste anormal (Fiamoncini e Fiamoncini, 2003).

Há uma preparação para “o que der e vier”, ou seja, para lutar (fazer frente e eliminar a situação indutora de stress) ou para fugir (evitar a fonte indutora de stress), desencadeando-se no organismo uma série de mecanismos e mudanças essencialmente fisiológicas (Ribeiro, 2007).

1.2.2. Modelo do Síndrome geral de adaptação

Hans Selye (1907-1982), médico endocrinologista austro-húngaro, submeteu cobaias a estímulos stressores (ruídos fortes, cólicas, temperaturas extremas, substâncias tóxicas e lesões traumáticas) e observou um padrão específico na resposta comportamental e física dos animais, tendo considerado o stress como uma resposta do organismo a qualquer exigência de adaptação, manifestando-se sempre da mesma maneira, variando apenas quanto à gravidade e duração (Castellar, 2000).

Selye descreveu as respostas ao stress como o “Síndrome geral de adaptação”, em 1936, distinguindo três fases sucessivas (Selye, 1984):

- Fase de alerta: fase semelhante à resposta de “luta ou fuga” de Cannon perante uma situação de perigo. Representa o impacto inicial do agente indutor de stress no organismo. Nesta fase existe uma diminuição inicial da resistência (reação de choque), seguida pela reação contrária (contrachoque), durante a qual se dá a mobilização dos recursos de defesa do organismo, fazendo disparar o sistema nervoso simpático e parassimpático;
- Fase de resistência: nesta fase o agente indutor de stress continua ativo, podendo permanecer por períodos prolongados, o que levará o organismo a uma procura constante do equilíbrio biológico e adaptação ao fator indutor de stress. Se o stress continuar ou os mecanismos de defesa não funcionarem, o organismo continuará exposto e poderá chegar à fase de exaustão;

- Fase de exaustão: dá-se uma estimulação fisiológica prolongada do organismo, ocorrendo diminuição da resistência e esgotamento dos mecanismos adaptativos. O organismo enfraquece devido à excessiva carga química induzida pelo stress, podendo levar ao aparecimento de doenças ou mesmo à morte.

Na figura n.º 1 são apresentadas estas três fases do modelo do “Síndrome geral de adaptação”:



Figura n.º 1 – Fases do modelo do “Síndrome geral de adaptação”

Fonte: Adaptado de Selye. The stress of Life, 1984

1.2.3. Modelo da teoria dos acontecimentos da vida

Sugerida por Thomas Holmes e Richard Rahe, médicos psiquiatras, em 1967, apresenta o stress como sendo o conjunto das respostas aos acontecimentos da vida. Defende que existem os grandes acontecimentos da vida e os aborrecimentos diários ou microstressores, sendo estes últimos melhores preditores de saúde e bem-estar. Estes autores usaram pela primeira vez escalas de avaliação para medição dos acontecimentos pessoais ou críticos da vida (Bartlett, 1998 citado por Pinto e Chambel, 2008), contudo, estas escalas foram criticadas uma vez que os valores atribuídos a cada ponto estavam adaptados à população dos Estados Unidos da América, não correspondendo à população de outros países, e não consideravam a interpretação individual dos acontecimentos, dado que uma situação pode ser stressante para uns e não para outros (Labrador, 1992).

1.2.4. Modelo transacional de Lazarus e Folkman

Defendido por Richard Lazarus (1922-2002), psicólogo e professor, e sua colaboradora Susan Folkman, em 1984, este modelo preconiza a existência de um processo de avaliação

cognitiva das situações com que o indivíduo se confronta, e de uma decisão relativamente ao caráter mais ou menos ameaçador dessas mesmas situações, face aos recursos pessoais de que o indivíduo dota. Assim, perante uma situação potencialmente ameaçadora, o indivíduo percorre uma sequência processual, com início na perceção da situação em causa, passando pela avaliação dos recursos pessoais que possui para lhe fazer frente. Esta conceção salienta, assim, uma dimensão cognitiva de classificação das situações como ameaçadoras, seguindo-se esforços cognitivos e comportamentais para lidar com essas situações indutoras de stress (Lazarus e Delongis, 1983; Lazarus e Folkman, 1984).

Segundo Lazarus e Folkman (1984) existem dois tipos de avaliação cognitiva:

- Avaliação primária: consiste na avaliação do significado individual ou de relevância do acontecimento, conduzindo à classificação dos acontecimentos como irrelevantes (quando o encontro com a situação não acarreta implicações para o bem-estar da pessoa, não havendo perdas ou ganhos associados à transação), positivos (o encontro com a situação é classificada como positiva, ou seja, o bem-estar é mantido ou aumentado), ou ameaçadores (o encontro com a situação inclui situações de perda, ameaça ou desafio);
- Avaliação secundária: ocorre quando um acontecimento é considerado ameaçador, durante a avaliação primária, e consiste na avaliação dos recursos disponíveis para enfrentar o acontecimento, podendo estes recursos ser pessoais (por exemplo, personalidade resistente ou otimismo disposicional) e/ou sociais (por exemplo, estatuto socio-económico ou as redes de apoio social).

Desta forma, se um determinado acontecimento fôr considerado ameaçador na avaliação primária, e se os recursos existentes para lidar com a situação forem considerados insuficientes na avaliação secundária, haverá desenvolvimento de stress, (como se esquematiza na figura n.º 2), desencadeando-se, posteriormente, um conjunto de esforços individuais no sentido de lidar com a situação eliminando, reduzindo ou evitando a ameaça (Lazarus e Folkman, 1984).

1.3. Situações indutoras de stress

Do mesmo modo que existem várias definições para o conceito stress, e vários modelos explicativos, também se encontram na literatura várias definições, e várias classificações, para situação indutora de stress.

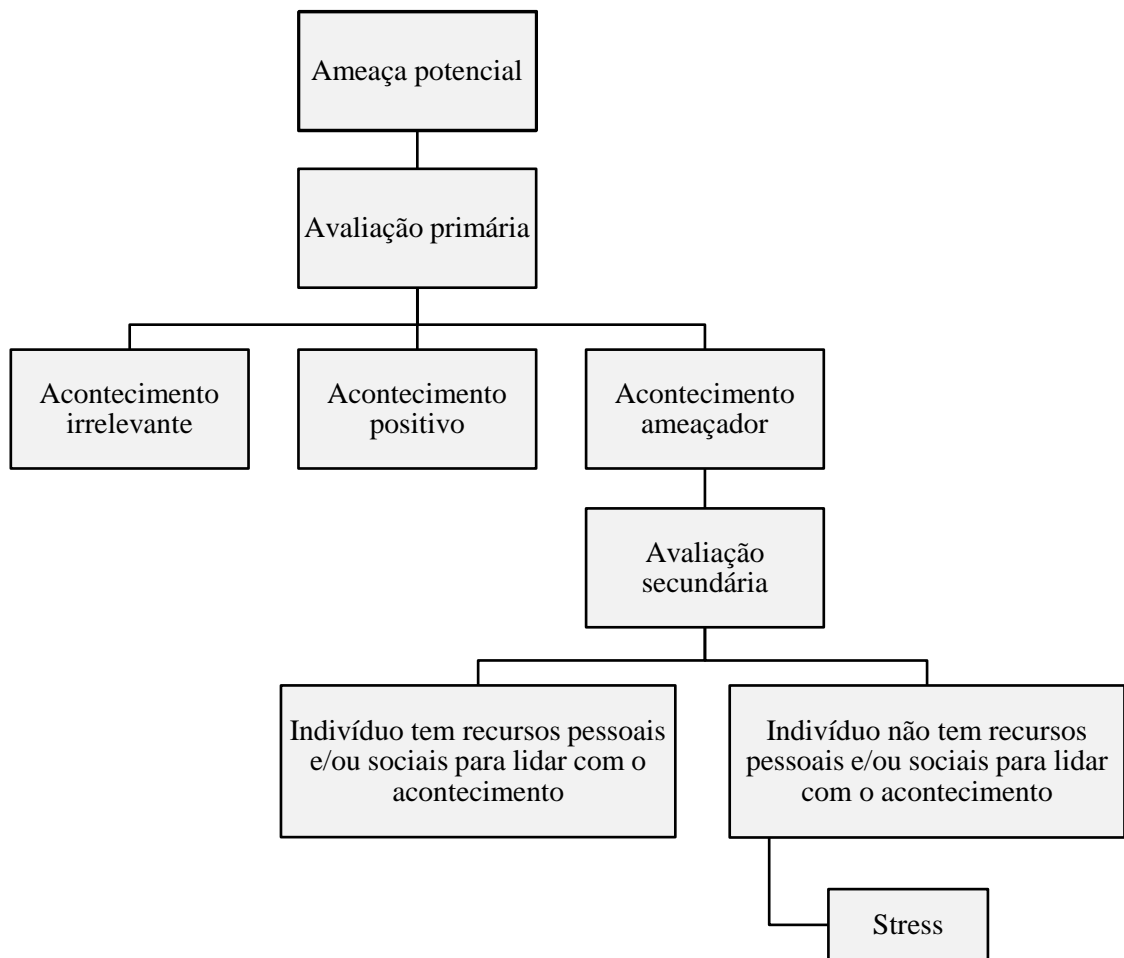


Figura n.º 2 – Esquematização do modelo transacional de Lazarus e Folkman

Fonte: Adaptado de Lazarus e Folkman, 1984

Segundo Serra (2007), situação indutora de stress é toda aquela condição em relação à qual o indivíduo tem a percepção de não ter preparados comportamentos automáticos de resposta exigindo, por isso, uma adaptação do organismo. Pode ser de natureza psicológica, física ou social, bem como interna ou externa ao indivíduo. As situações externas ou ambientais, quando muito fortes, podem ter grandes repercussões para o equilíbrio mental do ser humano, enquanto que se não tiverem grande importância podem não ser muito significativas.

De acordo com Lazarus e Folkman (1984), uma situação é considerada indutora de stress quando a relação estabelecida entre o indivíduo e o meio ambiente é compreendida como

excedente face aos recursos do indivíduo para lidar com a situação, causando efeitos negativos no seu bem-estar.

Para Serra (2007), existem sete grandes classes de circunstâncias que induzem stress no ser humano: acontecimentos traumáticos (ameaça de morte, testemunhar um homicídio, rapto, violação, incêndio, catástrofes naturais... etc); acontecimentos significativos da vida (casamento, divórcio, morte do conjugue ou familiar chegado, perda do emprego... etc); situações crónicas indutoras de stress (ter constantemente um número de tarefas para realizar com tempo limite, demasiado número de tarefas para realizar ao mesmo tempo, doença crónica que limita profissional e socialmente, conflitos frequentes com patrão... etc); micro-indutores de stress (aborrecimentos regulares da vida quotidiana: vizinho incomodativo, trânsito na ida para o trabalho... etc); macro-indutores de stress (acontecimentos que não afetam o indivíduo em particular, mas globalmente: impostos muito elevados, prevalência do desemprego, grande períodos de recessão na economia... etc); acontecimentos desejados que não acontecem (aluno que não consegue ingressar no ensino superior, mulher que deseja engravidar e não consegue, uma promoção profissional que nunca mais surge... etc); acontecimentos traumáticos ocorridos no estadio de desenvolvimento (crianças vítimas de abuso e negligência têm tendência a desenvolver problemas de vinculação com o outro... etc).

Lazarus e Folkman (1984), por outro lado, consideram que as situações indutoras de stress, baseadas na avaliação cognitiva do sujeito, podem ser: situações de ameaça (situações projetadas no futuro através da antecipação de acontecimentos desagradáveis); situações de dano (situações já vividas e que o indivíduo não tem mais nada a fazer além de aceitar e reinterpretar o seu significado e consequências); situações de desafio (aliadas ao presente e caracterizadas pelo sentimento que o indivíduo tem da vivência da situação) (Costa e Leal, 2006).

1.4. Fisiologia do stress e respostas orgânicas

Quando um indivíduo “entra em stress” o organismo experimenta uma série de alterações que vão desde os mecanismos fisiológicos do stress, até às respostas cognitivas, comportamentais e emocionais, algumas vezes facilmente observáveis (Serra, 2007).

Segundo Samulski, Chagas e Nitsch (1996) existem duas possíveis reações fisiológicas perante uma situação indutora de stress: a reação do eixo hipotálamo-hipófise-córtex

supra-renal, e a reação do eixo hipotálamo-medula supra-renal. Phipps, Sands e Marek (2003), concordando com a existência dessas duas reacções fisiológicas, explicam-nas da seguinte forma:

- Os fatores que induzem stress são transmitidos ao hipotálamo (coordenador de toda a resposta fisiológica), quer através do sistema nervoso central, quer a nível inconsciente por barorreceptores, quimiorreceptores ou glicorreceptores;
- O hipotálamo, por sua vez, ativa o sistema nervoso simpático e as hipófises anterior e posterior;
- O hipotálamo, ao estimular a hipófise anterior, induz a libertação de hormonas como: hormona libertadora de corticotropina, hormona libertadora da hormona de crescimento, hormona libertadora de prolactina e hormona adrenocorticotrópica. Estas hormonas são libertadas quando o hipotálamo diminui a secreção das respetivas hormonas inibidoras;
- A hormona adrenocorticotrópica, por sua vez, estimula a libertação de cortisol e de aldosterona do córtex supra-renal;
- A hipófise posterior, também ativada pelo hipotálamo, quando estimulada, liberta hormona antidiurética ou vasopressina;
- Por outro lado, seguindo o eixo hipotálamo-medula supra-renal, quando estimulado o sistema nervoso simpático por intermédio do hipotálamo, haverá estimulação da medula supra-renal, seguida da ativação de receptores específicos e, conseqüentemente, libertação de catecolaminas como a adrenalina e a noradrenalina.

A figura n.º 3 esquematiza estas duas possíveis reacções: a reação do eixo hipotálamo-hipófise-córtex supra-renal, seguindo o braço central e o braço do lado direito; e a reação do eixo hipotálamo-medula supra-renal, seguindo o braço da esquerda.

Por sua vez, a adrenalina, a noradrenalina, a hormona adrenocorticotrópica, o cortisol e outras hormonas, fornecem uma resposta fisiológica total que, de um modo sucinto, traduz-se no seguinte (Phipps, Sands e Marek, 2003):

- Aumento sanguíneo de substratos necessários à energia – a glucose é utilizada no tecido nervoso e os ácidos gordos nos outros tecidos;
- Aumento da captação de oxigénio que será necessário para os processos metabólicos;

- Aumento da função cardíaca e manutenção do volume vascular para um transporte mais eficaz de nutrientes e oxigénio para os tecidos, e remoção dos produtos de excreção;

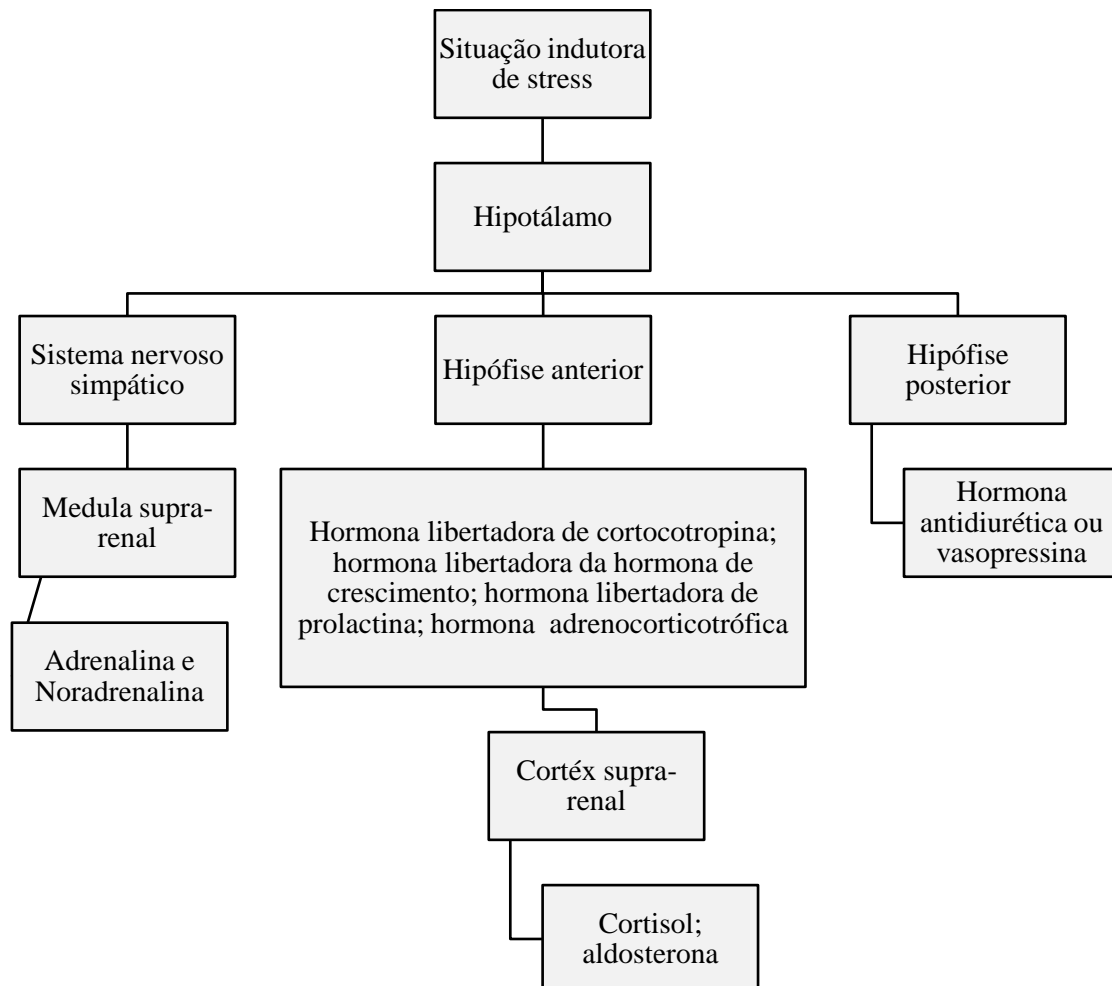


Figura n.º 3 – Esquematização da fisiologia do stress

Fonte: Adaptado de Phipps, Sands e Marek, 2003

- Aumento da atividade respiratória para eliminação de dióxido de carbono em excesso (produzido quando o indivíduo está a lidar com o fator desencadeador de stress) e aporte de mais oxigénio;
- Aumento da atividade muscular e do estado vigil para permitir uma possível fuga ao fator desencadeador de stress;

- Aumento do aporte sanguíneo ao cérebro, o que permitirá tomada de decisões, ativação de mecanismos psicológicos ou resolução de problemas.

A par de todas estas respostas fisiológicas, considerando-se o indivíduo como um ser biopsicossocial, uma situação indutora de stress poderá também induzir (Serra, 2007):

- **Respostas cognitivas:** perante uma situação indutora de stress pode ocorrer desorganização da atividade intelectual, sendo que a resposta do organismo varia consoante a intensidade do esforço mental que a pessoa exerce para lidar com a situação. A pessoa desenvolve interpretações erróneas acerca do que lhe acontece, sentindo-se incapaz de manter as funções intelectuais de forma estável e produtiva, percecionando o meio ambiente de forma distorcida. Ocorre diminuição da tolerância à frustração, tornando-se o indivíduo mais irritativo, impaciente, ansioso e nervoso. Se esta ansiedade persistir pode ocorrer uma imensidão de pensamentos, prejudicando a capacidade de concentração, de memória (dificuldade em reter informação sobre factos recentes e em interpretar o significado dos acontecimentos) e de atenção (maior dificuldade na deteção de erros em tarefas que exigem uma atenção permanente e maior número de erros quando tem de responder a tarefas simples) (Herd, 1991 citado por Serra, 2007);

- **Respostas comportamentais:** as modificações do comportamento do indivíduo sujeito a situações indutoras de stress são tanto mais visíveis, quanto mais intenso e prolongado fôr o agente causador de stress, variando em função da circuntância a que a pessoa é sensível e dos recursos e aptidões que dispõe para lidar com ela. O stress intenso intervém no desempenho da pessoa e faz com que o comportamento observável passe de adequado a inadequado. Para Beck e Emery (1985, citado por Serra, 2007) uma pessoa que sente stress tem propensão a manifestar um de dois comportamentos: por um lado, pode tornar-se impulsivo, teimoso, disposto a envolver-se em discussões e a procurar confrontos, exibindo um comportamento desproporcional face à ocorrência e pouco ou nada relevante para a resolução do problema; por outro lado, a pessoa pode manifestar uma atitude passiva, evitando confronto com os problemas, deixando-se arrastar pelos acontecimentos, isolando-se e tornando-se, muitas vezes, incapaz de resolver o problema desencadeador de stress;

- **Respostas emocionais:** as emoções são reações a uma avaliação subjetiva que o indivíduo faz da sua relação com o ambiente e das aptidões e recursos de que dispõe para agir perante a situação indutora de stress (Lazarus, 1993). Desta forma, as respostas

emocionais, quer de caráter positivo quer negativo, são respostas a uma significação relacional, que não surgem apenas pelas exigências do meio ambiente, pelos constrangimentos ou pelos recursos, mas pelas suas justaposições com as motivações e as crenças de cada indivíduo (choro, tristeza, depressão, nervosismo... etc) (Lazarus, 1993).

Ainda relativo às emoções, Damásio (2011) divide-as em três tipos:

- Emoções primárias/iniciais/universais: medo, alegria, tristeza, raiva, surpresa e aversão. Surgem durante a infância e são úteis para uma reação rápida quando emergem determinados estímulos do meio. Podem existir inconscientemente, caso sejam inatas, e estão presentes em todas as culturas;
- Emoções secundárias/sociais/adultas: vergonha, ciúme, culpa e orgulho. Experimentadas mais tardiamente porque dependem de uma aprendizagem e das interações sociais. Implicam uma avaliação cognitiva das situações;
- Emoções de fundo: bem-estar, mal-estar, calma e tensão. Causadas, por exemplo, por um esforço físico, pelo remoer de uma situação complicada, pela ansiedade em relação a um acontecimento agradável/desagradável que se aproxima.

Por fim, sabe-se que as respostas fisiológicas relacionam-se com as respostas cognitivas, comportamentais e emocionais, mas a relação entre umas respostas e outras ainda não está totalmente definida nem compreendida. Por um lado, defende-se que as respostas cognitivas, comportamentais e emocionais são desenvolvidas após a percepção da resposta fisiológica. Por outro lado, há quem defenda que as várias respostas ocorrem concomitantemente (Lent e Brown, 2008).

1.5. Tipos de stress

O stress exerce uma poderosa influência sobre a vida dos indivíduos, podendo assumir duas formas: distress e eustress (Selye, 1984).

O distress, que é considerado nocivo e prejudicial, relaciona-se com a diminuição das capacidades do indivíduo, determinando uma sensação de impotência face às dificuldades, o que leva a uma inadequada adaptação do organismo perante a situação indutora de stress que está a ser vivenciada (Selye, 1984). O eustress (do grego eu significa bom), que é benéfico e construtivo, está associado a uma quantidade de stress que mantém o indivíduo

interessado pela vida, enfrentando os problemas e desafios que surgem, tornando-o mais confiante e com maior capacidade para ultrapassar a situação indutora de stress (Selye, 1984).

O distress surge, de acordo com Nelson e Simmons (2003), como uma resposta negativa perante uma situação indutora de stress, evidenciada através de respostas orgânicas negativas, ao passo que o eustress é operacionalizado como uma resposta positiva, refletindo em que medida a avaliação cognitiva de uma situação é encarada como benéfica para o indivíduo ou como potencializadora do seu bem-estar.

Neste sentido, a mesma situação, pode ser encarada como uma experiência negativa ou positiva, dependendo das diferenças individuais, da vulnerabilidade específica de cada indivíduo ou, ainda, do grau de incidência de stress no organismo (Selye, 1984). Assim, o que significa distress para uns, pode significar eustress para outros, sendo que, em ambos os casos, o organismo desenvolve respostas orgânicas de adaptação (Selye, 1984).

Numa situação de distress o indivíduo adota estratégias para lidar com o stress, facilitando o ajustamento ou adaptação individual à situação. O estudo destas estratégias tem vindo a aumentar, estando na literatura descritas como estratégias de *coping* (Colff e Mothmann, 2009).

1.6. Estratégias de *coping*

O *coping* tem sido apontado como o conjunto de estratégias que as pessoas utilizam para lidar com o stress, pelo que o stress e as estratégias de *coping* estão intrinsecamente relacionados e têm um papel determinante na vida das pessoas (Lazarus e DeLongis, 1983; Ribeiro, 2005; Serra, 1988; Soucase, Monsalve e Soriano, 2005).

Historicamente, três gerações de pesquisadores dedicaram-se ao estudo das estratégias de *coping*, verificando-se diferenças marcantes, tanto a nível teórico como metodológico (Suls, David e Harvey, 1996):

- No princípio do século XX, seguindo uma perspetiva psicanalítica, pesquisadores vinculados à psicologia do ego (Freud, 1933), defendiam a existência de mecanismos de defesa (mecanismos mentais que alteravam a perceção da realidade) como forma de lidar com a adversidade, estando presentes processos inconscientes que os indivíduos utilizavam para lidar com a presença de um estado perturbador (situações internas de natureza sexual

e agressiva) (Vaillant, 1994). O *coping* era concebido como estável e rígido, que distorcia a realidade e a lógica intersubjetiva (Antoniazzi, Dell’Aglío e Bandeira, 1998; Ribeiro, 2005);

- A partir da década de 60, surgiu a segunda geração de pesquisadores, tendo-se passado a conceitualizar o *coping* como um processo transacional entre a pessoa e o ambiente (Lazarus e Folkman, 1984), valorizando-se os determinantes cognitivos e situacionais. Passou a ser encarado como um processo de resposta consciente, em que o indivíduo se encontra alerta (Endler e Parcker, 1990);

- Por sua vez, uma terceira geração de pesquisadores, com advento na década de 90, voltou-se para o estudo das convergências entre *coping* e personalidade. Esta tendência foi motivada, em parte, pelo corpo cumulativo de evidências que indicavam que, por si só, os fatores situacionais não eram capazes de explicar toda a variação de estratégias de *coping* utilizadas pelos indivíduos e, por outro lado, o interesse despertado pela credibilidade científica dos estudos sobre traços de personalidade (Holahan e Moos, 1985; McCrae e Costa, 1986; O’Brien e DeLongis, 1996; Watson e Hubbard, 1996).

Não obstante os contributos teóricos e empíricos, durante todas estas décadas, a elaboração de uma definição de estratégias de *coping* não tem sido tarefa fácil (Varela e Leal, 2007). De qualquer forma, na ótica de Lazarus e Folkman (1988, citado por Pais-Ribeiro e Santos, 2001), precursores da definição mais sugerida na literatura, o *coping* corresponde ao conjunto de esforços cognitivos e comportamentais, instáveis e variáveis (distintos dos comportamentos automáticos), utilizados para responder a exigências específicas, internas e/ou externas, que são caracterizadas pelo indivíduo como excedentes, ou estando nos limites, dos recursos do mesmo (citado por Graziani e Swendsen, 2007).

Por outras palavras, o *coping* é considerado uma forma de lidar com as exigências externas, ou seja, com os acontecimentos em si, ou com as exigências internas, isto é, com a resposta emocional, que o indivíduo desenvolve perante uma situação indutora de stress (Rita, Patrão e Sampaio, 2010).

Desta diferenciação (exigências externas e exigências internas) ressaltam duas das mais importantes funções do *coping* (Lazarus e Folkman, 1984; Lazarus, 1985 citado por Ferreira, Ribeiro, Meira e Guerreiro, 2003; Lazarus e Folkman, 1986 citado por Ferreira, Ribeiro, Meira e Guerreiro, 2003; Lazarus, 1991 citado por Ferreira, Ribeiro, Meira e Guerreiro, 2003):

- ***Coping* centrado no problema** (resposta externa): surge quando os acontecimentos são passíveis de serem controlados pelo sujeito, ou seja, a avaliação cognitiva realizada sobre os recursos disponíveis para gerir a situação indutora de stress conduz à possibilidade de mudar a situação, com vista a manipular ou alterar as circunstâncias stressantes (através da análise e definição do problema, da avaliação de alternativas, da avaliação de custos e benefícios das alternativas e da seleção da melhor estratégia a apreender);

- ***Coping* centrado nas emoções** (resposta interna): emerge quando nada pode ser feito para alterar a ameaça, dano ou desafio e, portanto, a avaliação cognitiva realizada pelo indivíduo perante uma situação indutora de stress não é favorável à mudança da situação e visa regular a resposta emocional a que o problema dá lugar, isto é, reduzir o desconforto emocional e o sofrimento (através da fuga, do distanciamento do problema, da atenção seletiva, da desvalorização dos acontecimentos negativos, do controlo das emoções ou da sua descarga).

O *coping* centrado no problema aparece frequentemente associado ao *coping* centrado nas emoções, sendo que este último tem tendência a ser, progressivamente, substituído por estratégias que visam a resolução de problemas (Lima et al., 2015; Guido et al., 2011). Neste sentido, a maioria dos indivíduos, perante uma situação indutora de stress, acaba por recorrer a mais do que uma estratégia de *coping* (Lazarus e Folkman, 1984; Ramos, 2005; Delboni, 2008).

Os autores Lazarus e Folkman (1984) salientam ainda que a eficácia do *coping* reside no equilíbrio entre o controlo e o descontrolo emocional e a gestão do problema que está na base desse desconforto. Daqui se depreende que o *coping* não é um acontecimento, mas antes um processo que envolve dinâmica e mudanças, em função das contínuas avaliações e reavaliações efetuadas, em virtude das relações entre o indivíduo e o meio ambiente (Ribeiro e Santos, 2001).

Abordado o tema stress de forma global, passemos agora ao capítulo seguinte, que se refere especificamente ao stress ocupacional, onde são destacadas características do stress na enfermagem e o stress nos enfermeiros num SU e na EPH.

Dado o objetivo de estudar o stress dos enfermeiros que realizam ambulância SIV integrada num SU, torna-se imperativo o desenvolvimento de algumas bases acerca do stress ocupacional e do stress na profissão de enfermagem em particular. Neste sentido, estes temas são abordados neste capítulo, assim como o stress desenvolvido especificamente no enfermeiro num SU e no enfermeiro na EPH.

2.1. Stress ocupacional

O estudo do stress ocupacional e dos seus riscos teve início na década de 60 com Khan e seus colaboradores (Quick, Piotrkowski, Jenkins e Brooks, 2004 citado por Teixeira, 2008). Atualmente o stress ocupacional tem sido alvo de vários estudos devido aos elevados custos e efeitos a nível organizacional e individual, que resultam em perdas de produtividade (Cooper, Dewe e O'Driscoll, 2001). Contudo, apesar do stress ocupacional ser um fenómeno que afeta uma grande percentagem de trabalhadores no mundo industrializado (Rosa, Albiol e Salvador, 2009), segundo Melo, Gomes e Cruz (1997) ainda existem poucos estudos, em Portugal, que se dediquem à análise da incidência, etiologia e prevalência deste tipo de stress, comparativamente a outros países.

Neste contexto, o stress pode ocorrer em qualquer pessoa e, quando este se refere especificamente à ocupação laboral desempenhada, é designado por stress ocupacional ou profissional (Santos e Cardoso, 2010). Gomes, Cabanelas, Macedo e colaboradores (2008) declaram que este fenómeno ocorre quando os trabalhadores percecionam os seus recursos como diminutos para enfrentar as exigências desencadeadas pela atividade laboral.

Lazarus (1991, 1995), refere que a experiência de stress ocupacional ocorre normalmente quando os trabalhadores sentem que os seus recursos pessoais e sociais são escassos para lidar com as exigências da atividade laboral.

De um modo geral (Cooper, 1993 citado por Menzani, 2006), a literatura refere que o stress ocupacional consiste num processo de carácter percetual, resultante de estratégias inadequadas de combate às fontes de stress no trabalho, e que acarreta consequências

negativas, tanto a nível mental como físico, assim como na satisfação no trabalho, afetando o indivíduo e as organizações.

Relativamente às fontes de stress ocupacional, encontrámos na literatura várias opiniões:

- Segundo Gomes (1998), pode ocorrer stress ocupacional: quando o profissional se sente incapaz de controlar as condições de trabalho, quando não possui estratégias de *coping* eficazes para a situação profissional indutora de stress, ou quando não possui qualquer fonte de apoio social que o ajude a lidar com as dificuldades profissionais que induzem stress ocupacional;

- Na opinião de McGrath (1976, citado por Melo, Gomes e Cruz, 1997), as fontes de stress ocupacional podem basear-se: na tarefa, no papel, no contexto do comportamento, no ambiente físico, no ambiente social e nas características pessoais inerentes a cada trabalhador;

- Já segundo Pires e Cerdeira (1989) e Sutherland e Cooper (1993, citado por Hespanhol, 2005), existem cinco categorias de fontes de stress ocupacional: as causas intrínsecas do trabalho, o papel na organização, a progressão na carreira, as afinidades no trabalho, a estrutura e o clima organizacional;

- Para Serra (2007), as fontes poderão ser: a sobrecarga de trabalho (duplo emprego), o trabalho por turnos, os conflitos e a ambiguidade de papéis, as condições físicas, as relações interpessoais, a carreira profissional e o clima organizacional.

Independentemente das fontes de stress ocupacional, as manifestações deste são compatíveis com as manifestações de stress apresentadas sem ser em contexto laboral (manifestações biológicas, cognitivas, comportamentais e emocionais) (Levi, 1990 citado por Gomes, 1998).

Por fim, apesar dos efeitos nefastos do stress ocupacional, a Comissão europeia, em 2002, caracterizou-o como um bom motivador, na medida em que pode encorajar o trabalhador a assumir o controlo do seu trabalho, se existir apoio social dos supervisores e colegas, e se fôr recompensado pelo seu esforço e desempenho.

Abordado o tema stress ocupacional, cabe agora abordar o stress especificamente desenvolvido na área da enfermagem.

2.2. Stress na profissão de enfermagem

Os primeiros estudos sobre stress na enfermagem foram realizados na década de 60, por Menzies (1960). Atualmente, a enfermagem pertence ao grupo das profissões chamadas de *helping professions*, ocupando o quarto lugar no *ranking* das profissões mais stressantes, segundo a *Health Education Authority* (Murofuse, Abranches e Napoleão, 2005).

Dykema, Bergbower e Peterson (1995), num estudo realizado na Suécia, reportaram que cerca de 80% dos enfermeiros tinham níveis elevados ou muito elevados de stress, tendo sido esta considerada uma importante causa de mal-estar, doença e redução da eficiência.

Em Portugal, Gomes, Cruz e Cabanelas (2009), num estudo realizado com 286 enfermeiros, indo de encontro aos resultados encontrados por Dykema, Bergbower e Peterson (1995), concluíram que 30% dos enfermeiros apresentavam stress e 15% tinham já exaustão emocional.

No que respeita aos fatores indutores de stress na enfermagem, na literatura encontrámos predominantemente:

- Trabalho por turnos, trabalho noturno e trabalho aos fins de semana, feriados e épocas festivas (Serra, 2007; Martins, 2003; Peiró, 1993);
- Sobrecarga de trabalho, com aumento das funções para igual número de trabalhadores (Velez, 2003; Guedes e Mauro, 2001);
- Conteúdo do trabalho (Santos, 1988; Peiró, 1993; Kalimo, 1988) e experiência quotidiana com sofrimento, dor, morte, impotência, envolvimento emocional (Stordeur, D'Hoore e Vandenberghe, 2001; McVicar, 2003);
- Desempenho de papéis na organização com liderança, por vezes, muita estreita e demasiado rígida (Martins, 2003; Peiró, 1993);
- Novas tecnologias e constantes formações sobre funcionamento das mesmas (Queirós, 2003);
- Falta de participação na tomada de decisão e fraca autonomia (Kawano, 2008);
- Falta de recursos físicos, materiais e humanos (Queirós, 2003);
- Competição e rivalidade (Beehr, 1981, citado por Martins, 2003);
- Desvalorização e favoritismo (McClean, 1979 citado por Martins, 2003);
- Relações interpessoais e grupais (Queirós, 2003);

- Interface família/trabalho (Queirós, 2003);
- Medo do desemprego (Elias e Navarro, 2006), restrições financeiras e ausência de progressão na carreira (Shaha e Rabenschlag, 2007; Hesbeen, 1998);
- Variáveis socio-demográficas como idade jovem, pouca experiência e baixo estatuto profissional (Brewer e Sharpard, 2004; Garrosa et al., 2008);
- Ideia estereotipada generalizada de que a enfermagem é uma atividade feminina (fonte potencial de stress para os enfermeiros do sexo masculino) (Garrosa et al., 2008).

Atualmente, a par de todos estes fatores indutores de stress na profissão de enfermagem, vivem-se situações económicas e sociais complexas, que têm um impacto claro a nível laboral. Estes profissionais deparam-se com novas formas de contratação, insegurança no trabalho, desemprego de longa duração, formas agressivas de competitividade (quer para a manutenção do seu posto de trabalho, quer para progressão na carreira), envelhecimento dos profissionais efetivos, trabalho intenso, exigências emocionais da relação terapêutica, má articulação entre trabalho e vida pessoal, entre outros. Este mal-estar ocupacional acaba, inevitavelmente, por condicionar a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados e, concomitantemente, interferir na saúde dos utentes e envolventes (Queirós, 2003).

Em consequência de todos estes fatores indutores de stress, os enfermeiros acabam por se mostrar esgotados (física e psicologicamente), cansados e exaustos, com comportamentos mais distantes, frios e despersonalizados, aparecendo sentimentos de impotência e desadequação profissional (Leite e Vila, 2005) e pessoal (Queirós, 2003; Linch, 2011).

2.3. Stress do enfermeiro num serviço de urgência

Se por si só, a enfermagem já é considerada uma profissão stressante, o desempenho de funções de enfermagem em ambiente de emergência e urgência, acarreta ainda outras situações indutoras de stress, específicas desta área de atuação (Sheehy's, 2001).

Em ambiente hospitalar, nomeadamente num SU, são exigidos aos enfermeiros competências, esforços e conhecimentos, amplos, atuais e específicos sobre situações problemáticas de saúde, perante pessoas gravemente doentes ou feridas, onde o tempo para atuação é escasso e precioso, sendo fundamental pensar rápido, ter agilidade, capacidade de resolutividade dos problemas urgentes e emergentes e autocontrole, num clima onde

poderá existir envolvimento emocional da família e onde domina a imprevisibilidade (Sheehy's, 2001).

2.4. Stress do enfermeiro em emergência pré-hospitalar

Em situação pré-hospitalar, além das características citadas no parágrafo anterior, comuns à emergência hospitalar e pré-hospitalar (Oliveira, Parolin e Teixeira, 2004), o enfermeiro depara-se também com o risco de acidentes a alta velocidade; atuação em ambientes desconhecidos, hostis e perigosos, onde a sua presença pode ser considerada inoportuna; condições climáticas adversas (Waeckerle, 1993 citado por Frade e Frasquilho, 1998); solicitação abusiva dos seus serviços para situações que não se enquadram na emergência médica; constante avaliação e crítica dos curiosos e familiares das vítimas no local da ocorrência (Allison et al, 1987, citado por Amaral, 2004).

Segundo Caroline (1995), o trabalho que estes enfermeiros desempenham encontra-se repleto de situações indutoras de stress, uma vez que a equipa de EPH comunga do princípio da perfeição, tendo como principal salvaguarda a capacidade de se sentir responsável, não se permitindo cometer erros.

Também para Leal (1998), estes profissionais, no decurso das suas funções, confrontam-se diariamente com situações em relação às quais não têm qualquer controlo, o que se torna particularmente indutor de stress.

Por outro lado, Christie (1997, citado por Amaral, 2004), considera que a falta de supervisão e orientação, faz parte integrante dos profissionais de EPH, pois ninguém sabe como resolver ou lidar com situações stressantes, nomeadamente quando uma decisão se torna determinante e irreversível, destacando-se a imprevisibilidade e a falta de controlo da situação.

Posto isto, justificando esta abordagem tão breve, dado que este estudo de investigação engloba estes dois ambientes de trabalho potenciadores de induzir stress ocupacional nos enfermeiros, valorizando as características específicas de cada um deles, seguem-se os respetivos capítulos, onde será realizada uma abordagem mais minuciosa acerca de EPH e SU.

EMERGÊNCIA PRÉ-HOSPITALAR: DA ORIGEM À ATUALIDADE

A EPH como hoje se manifesta, nem sempre foi assim, tendo sofrido várias alterações e modificações ao longo dos séculos. Neste sentido, dada a importância deste tema para a compreensão de alguns aspetos da nossa realidade atual, e atendendo ao objetivo deste estudo de investigação, ao longo deste capítulo, falaremos sobre a evolução histórica desta área de atuação, começando por discutir as principais guerras que contribuíram para a realidade com que hoje nos deparamos, passando pela implementação do INEM, suas características e seus meios de socorro, abordando o projeto e integração das ambulâncias SIV e terminando nas funções do enfermeiro na EPH e na ambulância SIV integrada.

3.1. Evolução histórica da emergência pré-hospitalar

A primeira tentativa de organização de uma equipa médica de urgência foi posta em prática pelas organizações militares do exército de Napoleão, no século XVIII. Dominique Larrey (1766-1842) – que já havia sido inovador ao criar hospitais de campanha junto de campos de batalha, para aproximar as equipas médicas dos feridos e elevar a moral das tropas (Chung, 2001) – e Pierre Percy (1754-1825), ambos cirurgiões militares, organizaram um sistema de ambulâncias volantes, que constituiu um notável progresso na assistência médica aos feridos nos campos de batalha. A prioridade era a estabilização das vítimas no local e o rápido transporte para o hospital (Mateus, 2007).

Os médicos da altura tinham algumas dúvidas, nomeadamente quem devia ir a quem (os socorros aos feridos, ou os feridos aos socorros), pelo que se estabeleceram dois modelos de assistência pré-hospitalar (Mateus, 2007):

- “*Scoop and run*” – modelo anglo-saxónico cujo objetivo principal era o transporte rápido dos feridos à unidade hospitalar, após uma breve estabilização no local (Baptista, 2011; Benner e Bledsoe, 2006). Desenvolveu-se aqui o conceito “*Golden hour*” (Mateus, 2007), que defende que há uma taxa de recuperação mais elevada nas vítimas, com lesões traumáticas, que recebem intervenção médico-cirúrgica até uma hora após a lesão;
- “*Stay and play*” - modelo franco-germânico criado após a perceção do número elevado de feridos que morriam durante o transporte. O objetivo era realizar o máximo de cuidados

no local, até o doente estabilizar. Baseia-se na entreaajuda entre médico, enfermeiro e técnico de emergência médica, onde os casos categorizados com menos gravidade são abordados pelos técnicos menos diferenciados, e os casos mais graves e de maior complexidade são abordados pelos técnicos mais diferenciados (Mateus, 2007).

Baseado nas vantagens destes dois modelos surgiu o modelo “*Play and run*”, cujo objetivo era ativar previamente meios medicalizados, obedecendo ao conceito defendido pela “*Golden hour*” (Mateus, 2007) - esta constitui a base do modelo atualmente praticado em Portugal onde os meios mais diferenciados, com médico e/ou enfermeiro, são ativados para trabalhar em conjunto com a equipa que esteja no local, caso a gravidade da situação clínica assim justifique (Mateus, 2007).

Estas ideias serviram de exemplo para outras organizações militares, e para a realidade com que hoje nos deparamos, juntamente com outros marcos da história da EPH:

- Em 1854, durante a guerra da crimeira, Florence Nightingale, enfermeira britânica, liderou e treinou uma equipa de 38 enfermeiras, com o objetivo de prestarem cuidados aos feridos em hospitais de campanha (Lopes e Santos, 2010);

- Entre 1861 e 1865, durante a guerra civil americana, Jonathan Letterman, cirurgião americano, assegurou um modelo de assistência médica nos campos de batalha, onde os feridos eram abordados rapidamente, efetuando-se controle de hemorragias e imobilização de fraturas, e transportados em ambulâncias. Surgiram, portanto, as primeiras ambulâncias nos Estados Unidos (Baptista, 2011; Benner e Bledsoe, 2006), cuja implementação foi da responsabilidade da enfermeira Clarissa Harlowe Barton, que mais tarde veio a ser fundadora da Cruz vermelha americana, tendo tido também um papel importante para a assinatura da convenção de Genebra pelos Estados Unidos (Benner e Bledsoe 2006; Chung, 2001);

- Em 1864 é assinada a primeira convenção de Genebra. Esta convenção obrigava à prestação de cuidados aos soldados feridos durante o tempo de guerra, independentemente do lado a que pertenciam, e veio a ser aplicada pela primeira vez na I Guerra mundial, a partir da qual as ambulâncias e os hospitais passaram a estar protegidos de ataques hostis (Ramos e Sanna, 2005; Manish e Shah, 2006);

- A partir de 1865 surgiram as primeiras ambulâncias civis, tendo sido o projeto, nos Estados Unidos, desenvolvido pelos próprios hospitais. Na Europa, a criação de ambulâncias civis difere no tempo e é variável de país para país. Em Madrid, por exemplo,

há registo de um parque de ambulâncias municipais em 1875, mas só a partir de 1964 é que foram instalados em todo o país os serviços especiais de urgência, dotados de médico e enfermeiro (Baptista, 2011);

- Por Portugal, em 1910, destacou-se o Dr. Joaquim Pedro Vitorino Ribeiro, médico militar (chegou a participar na I Guerra Mundial) e bombeiro da associação de Bombeiros voluntários do porto que, com a sua tese “Socorros de urgência – breves notas”, apresentada à Faculdade de medicina do Porto, ficou conhecido como o “pai” da medicina pré-hospitalar em Portugal. Na sua tese pode ler-se “(...) *algumas das vítimas, as sufocadas por asfixia, deviam ser socorridas imediatamente nas casas próximas. Matou-as a longa caminhada para o hospital.*” – a respeito de um desabamento que provocou o arrastamento de dezenas de pessoas da altura de um andar (Bandeira, 1995);

- Em 1935, já próximo da II Guerra Mundial, o cirurgião alemão Martin Kirschner, defendeu o benefício de levar o médico ao doente em detrimento do tradicional transporte rápido do doente até ao médico, proporcionando um tratamento diferenciado antes da chegada ao hospital, o que levou ao aumento da sobrevivência das vítimas de trauma e, consequentemente, elevou a moral dos soldados do exército (Chung, 2001);

- No final do ano 1950, foi introduzido na Irlanda do Norte pelo médico cardiologista Frank Pantridge, o Suporte avançado de vida (SAV) no contexto pré-hospitalar, e em 1966, juntamente com John Guedes, também médico cardiologista, foi implementado o primeiro Desfibrilhador automático externo (DAE) na ambulância de cuidados intensivos. Esta valência passou, desta forma, a ser exercida em contexto pré-hospitalar, para pessoas civis, por médicos e enfermeiros (Benner e Bledsoe, 2006);

- Entre 1960 e 1973, nos Estados Unidos, o serviço de emergência foi-se desenvolvendo, apesar de não estar regulado nem legislado, sendo a maioria das ambulâncias de interesse local dos hospitais, bombeiros ou até empresários privados. Esta estratégia resultou num sistema desorganizado, cuja qualidade de cuidados era por vezes pobre e deficiente (Ramos e Sanna, 2005; Manish e Shah, 2006).

- A partir desta altura, começou a ser desenvolvido um sistema político, social e médico mais organizado, reconhecendo-se a importância de pessoal médico e não médico formado especificamente para a área do pré-hospitalar, proporcionando assim cuidados diferenciados à população mesmo antes da chegada ao hospital (Mateus, 2007).

Em Portugal, o sistema organizado de EPH só chegou em 1965, tendo começado a funcionar em Lisboa, para vítimas de acidentes na via pública, com o número de ativação 115 (alterado para 112 em 1998), número único de socorro através do qual era acionada uma ambulância tripulada por elementos da Polícia de segurança pública (PSP) com formação em socorrismo, para transportar os doentes até ao hospital mais próximo. Nos anos seguintes este serviço foi-se alargando a mais cidades (INEM, 2013a; Mateus, 2007).

Em 1971 foi criado o Serviço nacional de ambulâncias, composto por ambulâncias medicalizadas entregues à PSP e às corporações de bombeiros, coordenadas entre si numa rede que abrangia todo o país, permitindo uma maior eficácia, gestão e economia de meios (Decreto-Lei n.º 511/71).

Posteriormente, tendo em conta o avanço de conhecimentos nas diferentes especialidades médicas, a evolução tecnológica, científica, social e económica e a integração do país na Comunidade económica europeia, ocorreu a modernização do sistema de emergência médica português, surgindo o Gabinete de emergência médica em 1980, e o INEM em 1981, este último fundado pelo Dr. Francisco Rocha da Silva, médico cardiologista (Decreto-Lei n.º 234/81).

O INEM, atualmente, tem a missão de definir, organizar, coordenar, participar e avaliar as atividades e o funcionamento do Sistema integrado de emergência médica (SIEM), em Portugal. Este, por sua vez, é caracterizado como um conjunto de ações coordenadas, resultantes da participação ativa dos diferentes intervenientes do Serviço nacional de saúde, no âmbito da urgência e emergência: Serviço nacional de bombeiros, Guarda nacional republicana, PSP, Cruz vermelha portuguesa, hospitais e centros de saúde (Decreto-Lei n.º 234/81).

Numa perspetiva global, de acordo com a realidade de cada país, encontram-se atualmente sistemas mais ou menos desenvolvidos, sistemas baseados nos dois modelos e nos marcos históricos apresentados, ou até mesmo versões modificadas destes, mas todos acentando nestes antepassados totalmente significativos (Mateus, 2007).

3.2. Funções e estrutura atual do instituto nacional de emergência médica

O INEM, ao longo da sua criação e sua história, foi aumentando progressivamente a sua capacidade de resposta com a criação de novos serviços, mais diferenciados, confrontando os desafios que foram surgindo ano após ano. A situação económica atual do país veio,

também ao INEM, obrigar a sofrer alterações na sua estrutura e objetivo, procurando, contudo, manter a qualidade dos serviços prestados à população e a equidade de acesso aos cuidados de emergência através de uma gestão eficiente de recursos.

Assim, definido pelo Ministério da saúde, são funções do INEM, em coordenação com as atividades e o funcionamento do SIEM (Decreto-lei n.º 34/2012):

- Prestação de cuidados de emergência médica em ambiente pré-hospitalar no local da ocorrência, medicalizado e não medicalizado, e respetiva articulação com os serviços hospitalares de urgência/emergência;
- Referenciação dos doentes para o hospital mais adequado (o que nem sempre significa transportar para o hospital mais próximo) e transporte, com acompanhamento também mais adequado, de urgência/emergência;
- Receção hospitalar e tratamento urgente/emergente;
- Formação em emergência médica;
- Planeamento civil e prevenção;
- Rede de telecomunicações de emergência.

No sentido de assegurar o cumprimento destas tarefas, o INEM adotou uma estrutura orgânica complexa que dispõe de um conjunto de serviços alargados dotado, no topo, pelo conselho diretivo, composto pelo presidente e por um vogal. Deste conselho diretivo derivam: 1) os serviços centrais, sediados em Lisboa, que incorporam as unidades operacionais (Departamento de emergência médica e Departamento de formação em emergência médica), as unidades de apoio e logística, e as unidades de apoio à gestão; 2) os serviços territorialmente descentralizados, designados por delegações regionais, localizadas no norte, centro e sul do país, constituídas, cada uma, por um gabinete de coordenação regional do SIEM (INEM, 2013a).

Assim, sempre que há necessidade de aceder ao serviço de emergência, basta marcar o número europeu de emergência (112), independentemente da natureza do pedido. Caso o motivo da chamada se enquadre no âmbito da saúde, a central 112, coordenada por agentes da PSP, reencaminha a chamada para o Centro de orientação de doentes urgentes (CODU) da respetiva área geográfica (INEM, 2012a; Mateus, 2007). O CODU, por sua vez, é uma central rádio telefónica, criada em 1987 (inicialmente apenas em Lisboa) e dotada de coordenação médica, responsável por medicalizar o atendimento, efetuar a triagem das

chamadas, atribuir níveis de prioridade e acionar os meios de socorro necessários em tempo útil, de acordo com a situação clínica em causa, proximidade e acessibilidade ao local da ocorrência. Atualmente existem três CODU's (Porto, Lisboa e Coimbra) que cobrem 100% do território nacional continental (INEM, 2013a; Mateus, 2007).

Desta forma, o INEM garante 365 dias/ano e 24 horas/dia, o atendimento, triagem, aconselhamento, seleção e envio de meios de socorro, podendo também ser preparada a receção hospitalar. Neste contexto, destacam-se as admissões diretas em serviços hospitalares especializados para determinadas situações, como é o caso das vias verdes (coronária, acidente vascular cerebral, trauma e sépsis), mediante protocolos pré-estabelecidos, como forma de minimizar o tempo entre o início dos sinais e/ou sintomas e o diagnóstico/tratamento, nestas situações particulares onde o tempo é crucial para a redução da mortalidade/morbilidade (INEM, 2013b).

Nas situações de emergência médica que tenham lugar a bordo de embarcações, o INEM tem no CODU o CODU-mar, criado em 1989 (INEM, 2013a). Através deste é garantido o aconselhamento médico e, se necessário, em articulação com o *Maritime rescue coordination centre*, aciona a evacuação da vítima (através de helicóptero ou através de outras embarcações, nomeadamente embarcações da autoridade marítima local), organiza o acolhimento em terra e referencia para o hospital mais adequado. Para acesso a este serviço, além do número 112, é possível também utilizar a via rádio e a via telefone satélite (INEM, 2012a; INEM, 2012b).

Em casos de emergências médicas mais específicas (por exemplo, intoxicações) o INEM dispõe do Centro de informação anti-veneno, criado em 1982, que presta informações adequadas, a profissionais de saúde e ao público em geral, promovendo uma abordagem correta e eficaz a vítimas de intoxicação, tanto animais como humanos (INEM, 2012a).

Em 2004, foi ainda criado o centro de apoio psicológico e intervenção em crise, de forma a responder às necessidades psicossociais da população e dos profissionais, em situações de emergências psicológicas e catástrofes. Este serviço é constituído por uma equipa de psicólogos clínicos com formação específica, funcionando 24 horas/dia telefonicamente ou, caso seja necessário, no local do evento, através da Unidade móvel de intervenção psicológica de emergência (INEM, 2012a).

Todos estes serviços dão estrutura ao INEM e, apesar de serem de menor visibilidade para a população em geral, garantem a operacionalidade dos meios de socorro que dão resposta às necessidades da população (Mateus, 2007).

3.3. Meios de socorro do instituto nacional de emergência médica

O INEM dispõe de vários meios móveis de socorro, todos coordenados sob orientação do CODU da respetiva área geográfica, de forma a ser prestada assistência médica pré-hospitalar adequada em vítimas de trauma ou doença súbita (Despacho nº. 13794/2012). São eles:

- Ambulâncias de reserva e ambulâncias não INEM: englobam as ambulâncias de todas as entidades colaboradoras no SIEM. Poderão ser acionadas pelo CODU da sua área geográfica, de acordo com a sua disponibilidade, sendo o custo da sua utilização atribuído ao INEM (INEM, 2013a);
- Ambulâncias de socorro: são ambulâncias alocadas aos postos de emergência médica, previstos em cada concelho do país de acordo com a legislação em rigor, sediadas em corpos de bombeiros ou na Cruz vermelha portuguesa. São ambulâncias do INEM tripuladas por dois elementos das respetivas corporações às quais estão alocadas, que possuem formação específica em técnicas de EPH, definida e certificada pelo INEM. Estão dotadas de equipamento para realização de Suporte básico de vida (SBV) com DAE. São considerados meios de proximidade, garantindo a deslocação dos tripulantes ao local do evento no mínimo tempo possível;
- Ambulâncias de emergência médica: estão sediadas em bases próprias do INEM e vêm substituir as antigas ambulâncias de SBV. Foram criadas em 2004, são tripuladas por dois Técnicos de ambulância de emergência (TAE) do INEM (com curso de tripulante de ambulância de socorro, curso de condução defensiva e curso de DAE) (Madeira et al., 2011), e dependem funcionalmente do enfermeiro coordenador do serviço de ambulâncias de emergência. Desde o momento da sua criação até à atualidade, a carga que possuem não difere muito da carga das ambulâncias de SBV, contudo, desde 2012, tem-se vindo a tentar aumentar as competências dos TAE's, distinguindo-se assim estas ambulâncias das anteriores. Porém, e até à conclusão deste trabalho de investigação, apenas foi acrescentada à carga das ambulâncias o glucagon, para administração pelos TAE's, sob protocolo criado pelo INEM e aprovado pela ordem dos médicos;

- Motociclo de emergência médica: tripulado por um TAE, vocacionado para deslocações rápidas, em meios citadinos, onde a demografia, acessibilidade e número de ocorrências assim justifiquem. Foi criado em 2004, tal como as ambulâncias de emergência médica, servindo de apoio às ambulâncias e respetivas equipas. São dotadas de material para realização de SBV com DAE. Atualmente existem oito: Porto, Matosinhos, Braga, Coimbra, Lisboa, Setúbal, Faro e Cascais (INEM, 2013a);
- Ambulâncias de suporte imediato de vida: criadas em 2007, são tripuladas por um TAE e por um enfermeiro, que lidera a equipa e possui formação complementar específica, ministrada e assegurada pelo INEM, sendo-lhe autorizado realizar atos invasivos como medidas de *life-saving* (Vieira, Oliveira e Ressurreição, 2005). Estão maioritariamente integrados em Serviços de urgência básicos (SUB), sendo ativadas exclusivamente pelo CODU da sua área geográfica. As ambulâncias SIV estão dotadas de diversos equipamentos e fármacos de reanimação, tendo como objetivo principal assegurar cuidados de saúde diferenciados até a chegada de uma equipa de SAV. Atualmente existem 33, distribuídas por todo o território nacional continental (INEM, 2013a);
- Viatura médica de emergência e reanimação (VMER): criadas em 1989, são viaturas rápidas tripuladas por um enfermeiro e por um médico, ambos com formação específica complementar semelhante à do enfermeiro das ambulâncias SIV, ministrada e assegurada também pelo INEM. Estão sediadas normalmente em Serviços de urgência médico-cirúrgica (SUMC) e Serviços de urgências polivalentes (SUP), existindo actualmente 42 no território nacional continental (INEM, 2013a);
- Helicópteros de emergência médica: são utilizados para o transporte primário e/ou secundário de doentes graves, equipados com material de SAV, tripulados, além de dois pilotos, por um médico e um enfermeiro, ambos com experiência prévia em EPH e cuidados intensivos. Atualmente existem seis helicópteros ativos (INEM, 2013a);
- Ambulâncias de transporte inter-hospitalar pediátrico: tripuladas por um TAE, um enfermeiro e um médico, têm como objetivo o transporte de recém-nascidos e doentes pediátricos graves (0 aos 18 anos de idade) entre unidades de saúde. Existem atualmente três em território nacional continental (INEM, 2013a);
- Unidade móvel de intervenção em psicologia de emergência: tripulada por um TAE e um psicólogo para atuação no local da ocorrência, para a população e/ou profissionais da EPH, em situações de emergência psicológica e/ou catástrofe;

- Viatura de intervenção em catástrofe: funciona em situações de calamidade e/ou catástrofe, ataques terroristas ou acidentes multivítimas, juntamente com o centro de intervenção e planeamento para situações de exceção, nas quais o INEM coordena e atua juntamente com outras entidades, dando resposta aos planos de emergência locais previamente definidos. Esta viatura é dotada de vários equipamentos de SAV, o que permite socorro a um elevado número de vítimas; um posto médico avançado, com capacidade para oito vítimas graves e com autonomia elétrica; e uma célula de telecomunicações. Dispondo de todos estes equipamentos e meios, é possível criar, quando a situação assim justifique, um verdadeiro hospital de campanha, dotado de diversas valências, facilitando a gestão do cenário e a tomada de decisão nomeadamente no encaminhamento dos doentes para os respetivos hospitais (INEM, 2012b).

Para além destes meios, o INEM dispõe ainda de outros meios móveis, utilizados em situações de exceção ou especiais: motos 4X4, ambulâncias 4X4, VMER 4X4, viaturas de suporte logístico e viaturas de intervenção nuclear, radiológica, biológica e química (INEM, 2012b).

Tendo em conta que os recursos mais diferenciados são relativamente escassos, torna-se fundamental garantir uma gestão eficaz e eficiente, de modo a evitar a alocação de meios de socorro onde não são necessários e evitar a falta deles quando são precisos. Daí a existência de vários meios de socorro, em diferentes áreas geográficas e com diferentes níveis de diferenciação, complementando-se entre si e dando origem a uma rede, acessível a todos os cidadãos, de acordo com as necessidades médicas de cada um (Mateus, 2007).

3.4. Ambulâncias de suporte imediato de vida e respetiva integração em serviços de urgência

Em algumas zonas do território nacional português, nas situações clínicas em que o tempo era um fator crucial e a distância a que se encontravam os meios de socorro mais diferenciados (meios com recursos materiais e profissionais para realização de SAV) dificultava o seu envio em tempo útil, era necessário recorrer a meios de socorro limitados à prestação de cuidados no âmbito do SBV, que existem em maior quantidade e, por isso, estão mais próximos da população.

Por esta razão, no sentido de se encontrar alternativas sustentáveis, o INEM desenvolveu o projeto ambulância SIV, permitindo a prestação atempada de cuidados necessários nas

situações clínicas mais graves que ocorrem nas zonas territoriais mais longínquas, onde um meio de socorro mais diferenciado, por estar sediado em locais com maior ocupação populacional, levaria mais tempo a chegar.

Por outras palavras, dado que a implementação de mais meios de socorro dotados de capacidades materiais e profissionais para realização de SAV (nomeadamente VMER's), acarretava outras condições e outros custos, o INEM criou as ambulâncias SIV, dotadas de capacidades materiais e profissionais para realização de SIV, que, por estarem mais descentralizadas (relativamente aos meios com SAV), conseguem responder a algumas das necessidades populacionais onde um meio com SAV poderia não chegar em tempo útil.

Depois da criação e implementação do projeto das ambulâncias SIV, de acordo com o Despacho n.º 14898/2011, chegou-se à conclusão que os enfermeiros destas ambulâncias seriam um importante contributo na constituição e consolidação das equipas dos SU's, assim como os enfermeiros dos SU's poderiam contribuir favoravelmente no meio de socorro pré-hospitalar. Desta forma, tendo em conta a formação específica dos enfermeiros agregada à experiência na EPH e num SU, a necessária manutenção das competências técnicas de elevado grau de complexidade e especificidade, e a margem potencial de ganhos de eficiência de gestão, passou-se à integração das ambulâncias SIV em SU's (até ao momento ainda não totalizada, pelo que existem ambulâncias SIV ainda não integradas, embora maioritariamente já o estejam).

Neste contexto, os enfermeiros pertencentes ao quadro do INEM a desempenharem funções em ambulâncias SIV, passaram a desempenhar funções também no SU onde a ambulância foi integrada. E alguns enfermeiros do SU onde a ambulância foi integrada, passaram a desempenhar funções também neste meio de socorro. Assim, estes enfermeiros do INEM passaram a fazer parte das equipas dos SU's, e alguns enfermeiros dos SU's passaram a fazer parte do INEM, sendo que, ao longo das 40 horas semanais (ou 35 horas, conforme os contratos laborais), estes enfermeiros passaram a ter turnos ora em SU, ora em ambulância SIV, conforme o horário estipulado pela chefia do SU.

Relativamente às entidades patronais, para efeitos legais, continuam exatamente as mesmas, ou seja, os enfermeiros do INEM continuam a ser funcionários do INEM, e os enfermeiros do SU continuam a ser funcionários do hospital. Por esta razão, embora estes profissionais tenham começado a trabalhar no mesmo âmbito, as regalias e os contratos laborais podem divergir.

Perante toda esta inovação, foi necessário assentar várias temáticas burocráticas, nomeadamente quem ficava com a responsabilidade de quê. Assim, ficou definido que é da competência do INEM (Despacho n.º 14898/2011): a) coordenar a atividade de gestão e operação conjunta dos meios; b) disponibilizar o meio de EPH, dotando e assegurando a manutenção dos equipamentos; c) contratar os seguros exigidos por lei para os profissionais que tripulam os meios; d) acionar o meio através do CODU; e) disponibilizar o fardamento de acordo com o regulamento do fardamento do INEM; f) assegurar a formação em EPH aos enfermeiros necessários e selecionados para garantir as respetivas tripulações; g) praticar todos os atos necessários à recertificação dos recursos humanos; h) assegurar os TAE's; i) promover a transmissão e integração entre os sistemas de informação clínica.

E ficou definido que é da competência do SU onde a ambulância SIV está integrada (Despacho n.º 14898/2011): a) garantir a operacionalidade permanente do meio; b) selecionar, em colaboração com o INEM, os enfermeiros necessários à constituição das equipas; c) coordenar as equipas de profissionais e garantir os postos de trabalho das tripulações em integração com a restante equipa do SU; d) garantir uma resposta imediata a qualquer acionamento do meio pelo CODU; e) apresentar mensalmente ao INEM a escala de enfermeiros que asseguram as tripulações do meio de EPH; f) fornecer todos os consumíveis, clínicos e não clínicos; g) assegurar a utilização obrigatória dos sistemas de informação e comunicação instalados no meio de socorro; h) zelar pelo cumprimento das normas de funcionamento e de boa utilização inerentes à utilização dos bens.

Além destes assuntos burocráticos, acrescem os aspetos económicos. Mantendo o definido pelo Despacho n.º 14898/2011, ficou acertado que o INEM paga ao hospital onde foi integrada a ambulância, um subsídio mensal fixo de 3.400 euros, acrescido do valor de 14.30 euros por cada ocorrência efetuada pelo meio de socorro.

Por fim, cabe esclarecer que a integração de meios de socorro em SU's não se restringe às ambulâncias SIV, também se aplica às VMER's mas, dado o objetivo deste estudo, apenas foram referidos os aspetos relativos às ambulâncias. Além disso, muito mais haveria a referir, no que respeita a esta situação de integração, contudo, de forma a não tornar um assunto massador, e por considerarmos que não haveria mais valias para este estudo, não serão mencionados.

3.5. Enfermeiro na emergência pré-hospitalar

Atualmente, de acordo com o modelo de organização estrutural e funcional da carreira especial de enfermagem do INEM (Deliberação n.º 20/2013 do conselho diretivo do INEM), os enfermeiros da EPH enquadram-se em dois níveis de intervenção: o de gestão e o da prestação de cuidados.

Ao nível da gestão, são previstas três áreas de intervenção (Deliberação n.º 20/2013 do conselho diretivo do INEM):

- Direção – este enfermeiro (um único enfermeiro) pratica gestão dos recursos humanos, avaliação do desempenho no âmbito da enfermagem, gestão de topo do INEM no planeamento de serviços de emergência e na missão de orientações operacionais para os meios de socorro onde o enfermeiro está presente. Cumpre funções em colaboração direta com o diretor do Departamento de emergência médica;
- Chefia – estes enfermeiros (três enfermeiros) reúnem e emitem toda a informação necessária para o cumprimento das funções do enfermeiro diretor no que respeita à gestão de recursos humanos, avaliação do desempenho e indicadores da atividade operacional; apoiam a respetiva direção regional no planeamento e execução das suas tarefas; garantem o cumprimento das normas e protocolos em vigor em articulação com os hospitais que tenham uma ambulância SIV integrada; representam o elo de ligação com o departamento de formação e entidades externas; colaboram na aplicação e gestão das vias verdes e, finalmente, coordenam a gestão, supervisão e operacionalização dos diferentes meios de resposta às situações de exceção. Exercem estas funções no âmbito regional, em articulação com os respetivos diretores regionais e coordenadores regionais do SIEM;
- Chefia na coordenação de meios – estes enfermeiros (existe um número variável de enfermeiros por cada delegação regional) fazem o acompanhamento dos meios do grupo que coordenam, assegurando a operacionalidade, o cumprimento das normas e protocolos, o levantamento e elaboração das necessidades formativas e o registo de auditorias. Quando solicitados podem também intervir na implementação do Plano nacional de desfibrilhação automática externa, através da realização de ações de sensibilização realizadas para os intervenientes do SIEM, podendo também colaborar no acompanhamento da implementação das vias verdes. Estes enfermeiros, chamados também de enfermeiros *backoffice*, atuam em dependência direta do enfermeiro coordenador regional articulando-se com o diretor regional e coordenador regional do SIEM.

Ao nível da prestação de cuidados, estão enquadrados os enfermeiros operacionais, que podem trabalhar em helicóptero de emergência médica, VMER e ambulância SIV. Para este último meio de socorro, além da sua formação base e experiência preferencialmente na área do doente crítico, é exigido um programa de formação específico, assegurado pelo INEM, com duração de 115 horas, constituído por diferentes módulos: SAV, emergências médicas, emergências pediátricas e obstétricas, emergências de trauma, transporte de doente crítico e situações de exceção, e estágios em CODU, VMER e SIV (Circular Normativa n.º 1/2014 do departamento de formação do INEM).

Desta forma, além das funções próprias de cada enfermeiro de cuidados gerais definidas pela ordem dos enfermeiros, são ainda exigidas competências direcionadas para cuidados de enfermagem ao doente crítico e à sua família, em contexto pré-hospitalar (Deliberação n.º 20/2013 do conselho diretivo do INEM):

- Atuar de forma a respeitar e fazer respeitar as normas de segurança, os princípios deontológicos da profissão (Nunes, Amaral e Gonçalves, 2005) e as recomendações providas superiormente;
- Prestar cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, respeitando os protocolos previamente definidos em função de cada situação, quer durante a estabilização, no local da ocorrência, quer durante o transporte até à unidade hospitalar de referência (seja primário ou secundário);
- Assegurar a transmissão de informação pertinente, sustentada em registos adequadas, no momento da receção da vítima na unidade hospitalar de referência;
- Gerir a administração dos protocolos terapêuticos complexos;
- Efetuar a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, otimizando as respostas;
- Assistir a pessoa e família nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/doença e/ou falência orgânica, de forma a minimizar o seu sofrimento;
- Exercer função de chefe de equipa;
- Gerir os cuidados de enfermagem em situações de emergência e/ou catástrofe.

Todas estas funções e competências devem respeitar os protocolos definidos para as ambulâncias SIV, criados e estabelecidos pelo INEM, dotando os enfermeiros de algumas

intervenções autónomas e obrigando-os a pedir validação médica ao CODU para execução de outras.

Por último, depois de citadas todas as funções do enfermeiro de ambulância SIV, cabe falar das funções do enfermeiro de ambulância SIV integrada num SU, atendendo ao facto que, não sendo acionado pelo CODU, este enfermeiro permanece fisicamente no SU. Assim sendo, quais são as suas funções enquanto permanece no SU?

Na realidade, a resposta a esta pergunta não é tarefa fácil. No Despacho n.º 10319/2014 pode ler-se, relativamente ao enfermeiro nesta situação profissional “(...) *participa, além da atividade pré-hospitalar, na prestação de cuidados no serviço de urgência e colabora no transporte de doentes críticos (...)*”. Mas, quais são de facto os cuidados que deve prestar, dado que a qualquer momento pode ser acionado pelo CODU?

Até ao momento de finalização deste estudo de investigação, não se conseguiu uma resposta concreta e precisa sobre esta temática, além do referido no parágrafo anterior. Talvez porque a integração de ambulâncias SIV é uma realidade relativamente recente, e por esse motivo ainda existam algumas falhas e situações pouco explícitas.

Dando por concluído este capítulo sobre EPH, passa-se ao capítulo seguinte, onde será realizada uma abordagem à temática SU, atendendo à realidade que atualmente se presencia no nosso país, e às características definidas como ideais. Esta abordagem parece-nos pertinente na medida em que dará a conhecer um pouco mais serviços onde os enfermeiros das ambulâncias SIV também desempenham funções.

SERVIÇO DE URGÊNCIA: DA ORGANIZAÇÃO À OPERACIONALIDADE

Um SU, como será à partida de conhecimento geral, trata-se de um lugar confuso, associado a horas e horas de espera, cheio de gente com ar doente, onde o sentimento de desespero muitas vezes domina. Partindo desta abordagem, e atendendo à realidade que atualmente se vive, muito por aquilo que os meios de comunicação social fazem questão de transmitir, neste capítulo pretende-se, primariamente, reconhecer esta abordagem menos satisfatória, falando-se posteriormente dos níveis e respetivas responsabilidades de cada SU. Como não podia deixar de ser, é abordado o tema enfermagem de urgência e as competências que cabem ao enfermeiro especialista em doente em situação crítica num SU. Para terminar, de forma a enquadrar este estudo de investigação, são referidas algumas das características específicas do SU onde este estudo foi realizado.

4.1. Realidade dos serviços de urgência

Com a implementação do Serviço nacional de saúde, em 1979, construíram-se e remodelaram-se muitos hospitais, tendo sido introduzidos novos conceitos clínicos, tecnológicos e farmacológicos que vieram revolucionar o sistema e a prática médica, sendo estes apontados, entre outros, como fatores cruciais para a hiperespecialização e hiperutilização dos SU's, que cada vez mais se evidencia (Paula et al., 2012; Ponce, 2012).

Neste sentido, sendo a hiperutilização dos SU's uma situação preocupante, desgastante e economicamente inviável para a sustentabilidade financeira do Serviço nacional de saúde (Eira, 2010), foi destacada em 2006 a Comissão para a reavaliação da rede nacional de emergência e urgência (CRRNEU), em resposta e para revisão do que havia sido feito pela Comissão nacional de reestruturação das urgências, criada em 1996 e consagrada em 2001, tendo desde logo esta última mencionado que seria posteriormente necessário proceder à revisão da arquitetura da rede, nomeadamente pelas modificações demográficas e da rede viária que o país iria sofrer (CRRNEU, 2012).

Neste contexto, a CRRNEU tomou posse, e redefiniu alguns conceitos (Silva e Pinto, 2007):

- Emergência médica (Despacho n.º 18459/2006): é uma situação clínica de instalação súbita na qual se verifica falência, ou risco iminente de falência, de uma ou mais funções vitais;
- Urgência médica (Despacho n.º 18459/2006): é uma situação clínica de instalação súbita na qual existe risco de estabelecimento de falência de uma ou mais funções vitais;
- Rede de SU's (Despacho n.º 18459/2006): é a rede que integra três níveis diferenciados de resposta às necessidades (SUP, SUMC e SUB);
- SU's (Despacho n.º 11/2002): são serviços de ação médica hospitalar, multidisciplinares e multiprofissionais, que têm como objetivo a prestação de cuidados de saúde em todas as situações enquadradas nas definições de urgência e emergência médicas.

Depois de redefinidos estes conceitos, a CRRNEU estabeleceu uma série de princípios estruturantes com os quais pretendia, entre outros, manter um excelente funcionamento dos SU's (serão aqui apenas mencionados os princípios que interessam para este estudo de investigação) (Despacho n.º 13377/2011):

- Reconhecimento de que os SU's têm como missão o atendimento e tratamento de situações urgentes e emergentes, sendo a resolução de situações agudas não urgentes nem emergentes da competência dos cuidados de saúde primários, num contexto de atendimento rápido não urgente;
- Necessidade de regular a procura de SU's aumentando e motivando o acesso a sistemas telefónicos centrais de triagem e orientação de doentes, e agravando as taxas moderadoras para os doentes que persistam em recorrer aos SU's em situações não urgentes nem emergentes;
- Definição da estrutura humana, física e logística dos SU's;
- Definição de uma rede de referenciação genérica e de redes de referenciação específicas para as quatro vias verdes (coronária, acidente vascular cerebral, trauma e sépsis), com colaboração dos meios de socorro extra-hospitalar para encaminhamento direto da vítima ao local de melhor resolução do problema;
- Maximização de garantia de acesso em menos de 60 minutos a um ponto de rede de urgência para todo e qualquer local do território português, nomeadamente mantendo ou implementando SU's em locais de reduzida demografia e casuística;

- Evicção da redundância desnecessária de recursos utilizando estratégias de centralização e integração, e garantindo o transporte inter-hospitalar de doentes através da maximização da utilização de meios INEM e da integração destes meios nos SU's;
- Valorização crescente do papel do INEM para transporte pré-hospitalar e inter-hospitalar qualificado, com centralização e integração de recursos;
- Valorização do papel da formação e titulação em emergência médica e em medicina intensiva na avaliação e gestão do doente emergente e crítico nos SUMC e, sobretudo, nos SUP.

Uma vez mais, indo de encontro ao que foi referido no capítulo anterior, é aqui justificada a importância da integração dos meios de socorro do INEM, nomeadamente das ambulâncias SIV, e a utilização destes meios e das respetivas equipas, formadas especificamente neste sentido e com experiência na área do doente crítico, para concretização de transportes inter-hospitalares.

Na realidade, apesar de todos os benefícios de cada um destes princípios, nem todos estão, ainda, totalmente implementados. Uns porque as estratégias de implementação não foram finalizadas, e outros porque envolve a criação de nova legislação que necessita primeiro da aprovação em Assembleia da república, o que se traduz num longo processo (Diogo, 2005).

Em resultado destes “atrasos”, continua-se a verificar, pelo nosso país fora, SU's completamente lotados de doentes, espalhados pelos corredores, muitas vezes sem nem sequer serem doentes urgentes e muito menos emergentes, privados de dignidade, privacidade e respeito que jamais deveriam ser postos em causa. Além disso, muito por aquilo que é transmitido nos meios de comunicação social, continua-se a ver, todos os dias, profissionais de saúde, não só enfermeiros, completamente exaustos e saturados, já sem palavras de conforto para oferecer. Sendo, muitas vezes, eles próprios quem precisa dessas palavras de conforto.

Justificando, em parte, esta lotação, tem-se a definição do termo “urgência” que, notoriamente, tem vindo a perder algum do seu conteúdo semântico. Isto porque, na sociedade atual, tudo se faz crer como urgente e, na perspetiva do doente, estando debilitado, a sua situação é sempre urgente (Silva e Pinto, 2007).

A par desta indefinição, surgem duas perspetivas contraditórias: a perspetiva dos profissionais que esperam que os SU's sejam acedidos em situações verdadeiramente

urgentes e emergentes, para os quais a sua formação está vocacionada; e a perspetiva dos utentes que, sentindo-se menos bem, consideram que o SU tem por obrigação solucionar o seu problema naquele preciso momento (Silva e Pinto, 2007). De facto, um SU é atualmente um serviço que tende a acolher todos os tipos de situações: idosos abandonados, sem abrigos, alcoólicos, toxicodependentes, doentes terminais, doentes com patologias crónicas, vítimas de violência doméstica, pessoas agitadas e agressivas, entre muitos outros (Silva e Pinto, 2007; Ponce, 2012).

Perante toda esta realidade, Ponce (2012) sugere que os profissionais, os governantes e os administradores hospitalares sejam claros e afirmem com distinção e de forma definitiva “o que encerra e o que abre”, quem referencia o quê e para onde.

Torna-se assim imperativo a introdução de novas medidas e novas estratégias capazes de combater o aumento da despesa em saúde, sem diminuir a qualidade dos cuidados, com o objetivo maior de tornar o Serviço nacional de saúde financeiramente sustentável a longo prazo (Eira, 2010; Paula et al., 2012).

4.2. Níveis de responsabilidades dos serviços de urgência

A CRRNEU, a par da definição de outros conceitos, redefiniu a rede de SU's como sendo a rede que engloba três níveis de responsabilidades. Ou seja, dado que seria insustentável e desnecessário ter em todos os SU's todas as valências médicas, ou grande parte delas, estipulou-se a criação de três níveis de responsabilidades, diferenciando-se SUP, SUMC e SUB (Despacho n.º 727/2007). Passemos a analisar cada um destes níveis (Despacho n.º 727/2007):

- SUP: constitui o nível mais diferenciado de resposta à situação de urgência/emergência, localizando-se em regra num hospital geral central. A sua oferta deve responder a necessidades de procura, resultantes da demografia regional e às necessidades resultantes das redes de referência existentes. Devem oferecer resposta de proximidade à população da sua área geográfica, assegurando resposta semelhante ao nível de responsabilidade de um SUMC, devendo, por isso, conter todos os recursos referentes a este. O que os diferencia é a resposta específica de neurocirurgia, imagiologia com angiografia digital e ressonância magnética, patologia clínica com toxicologia, cirurgia vascular, pneumologia (com endoscopia), via verde coronária (com cardiologia de intervenção), via verde acidente vascular cerebral, via verde trauma e via verde sépsis.

Idealmente devem ainda assegurar a prestação de cuidados no âmbito das valências cirurgia cardiotorácica, cirurgia maxilo-facial, cirurgia plástica e reconstrutiva e gastroenterologia (com endoscopia). Devem ter uma VMER em gestão integrada cuja equipa participe na prestação de cuidados ao doente crítico do SU e colabore no seu transporte. Por último, devem ser diferenciados SUP dedicados ao doente politraumatizado, designando-se Centros de trauma, aos quais cabe a responsabilidade do tratamento sistematizado e definitivo do doente politraumatizado grave e devem possuir ou, pelo menos, ter acesso fácil a um heliporto (CRRNEU, 2012);

- SUMC: é o segundo nível de acolhimento das situações de urgência/emergência. Deve existir em rede, localizando-se a montante e satelizando um SUP, para onde referencia situações específicas às quais não possui recursos para dar resposta. Deve distar mais de 60 minutos de outro SUMC ou SUP sendo, contudo, admissível a existência de mais de um SUMC num raio de demora inferior ao citado nos casos em que a população abrangida por cada hospital seja superior a 200.000 habitantes. Deve dispôr dos seguintes recursos humanos: equipas de médicos, enfermeiros, técnicos de diagnóstico e terapêutica e outros profissionais de saúde de dimensão e especialização adequada e necessários ao atendimento da população da respetiva área de influência, periodicamente ajustadas à evolução da procura do SU. Relativamente às valências médicas mínimas obrigatórias deve incluir: medicina interna, cirurgia geral, ortopedia, imuno-hemoterapia, anestesiologia, bloco operatório 24 horas, imagiologia (radiologia convencional, ecografia simples e tomografia axial computadorizada) e patologia clínica. O apoio das especialidades cardiologia, neurologia, oftalmologia, otorrinolaringologia, urologia, nefrologia e medicina intensiva deve ser feito de acordo com o definido nas respetivas redes de referência. Devem ter uma VMER em gestão integrada cuja equipa participe na prestação de cuidados ao doente crítico do SU e colabore no seu transporte (CRRNEU, 2012);

- SUB: é o primeiro nível de acolhimento a situações de urgência/emergência. Constitui um nível de abordagem e resolução das situações mais simples e mais comuns de urgência, constituindo-se ainda como um nível de estabilização inicial de situações urgentes/emergentes de maior complexidade, quando as mesmas não possam ser diretamente encaminhadas para um nível de cuidados mais diferenciado (nomeadamente quando os meios do SIEM não tenham condições para assegurar, com qualidade e segurança, o transporte direto do doente para um nível de responsabilidade de SU mais elevado). Deve existir onde a quantidade de população seja considerável e,

simultaneamente, o seu acesso a um nível de SU superior (SUMC e SUP) não esteja assegurado em menos de 60 minutos (contudo, devem ser mantidos abertos os SUB cujo encerramento possa provocar problemas de resposta no ponto de rede de urgência mais próximo). O SUB permite o atendimento das situações urgentes com maior proximidade das populações, dispondo dos seguintes recursos humanos: dois médicos em presença física e dois enfermeiros (decorrente da eventual necessidade de assegurar um transporte de doente urgente/emergente), técnico de diagnóstico e terapêutica de áreas profissionais adequadas, um técnico operacional e um administrativo, por equipa. Relativamente aos equipamentos, deve ser dotado de material para assegurar a via aérea, oximetria de pulso, monitor com DAE e *pacemaker* externo, eletrocardiógrafo, equipamento para imobilização e transporte do traumatizado, condições e material para pequena cirurgia, radiologia simples e patologia química/química seca. Tendencialmente todos os SUB's devem ter uma ambulância SIV em gestão integrada, em que o enfermeiro deve participar na prestação de cuidados e colaborar no transporte de doentes críticos.

Tendo em conta todos estes princípios, houve necessidade de encerrar alguns SU's, e modificar outros, tendo sido várias as propostas lançadas pela CRRNEU, em 2012, algumas delas já efetuadas e outras ainda sem aprovação do Ministério da saúde.

4.3. Enfermagem de urgência

A enfermagem de urgência, apesar da sua especialização ao longo dos últimos 25 anos, teve origem com a enfermeira Florence Nightingale que, em tempos primórdios, atendia os doentes urgentes que chegavam dos campos de batalha e necessitavam de rápido atendimento. Felizmente, estes anos capitalizaram os esforços desta atitude e permitiram a autonomia e afirmação da profissão de enfermagem de urgência. Assim, segundo Sheehy's (2001, p.3):

“(...) enfermagem de urgência é a prestação de cuidados, a indivíduos, de todas as idades, que apresentem alterações da saúde física e/ou psíquica, percecionados ou reais, não diagnosticados ou que necessitem de outras intervenções. Os cuidados de enfermagem de urgência são episódicos, primários e, normalmente, agudos”.

O enfermeiro que trabalha num SU necessita de um vasto espetro de conhecimentos clínicos e científicos, técnicas psicomotoras, assertividade, criatividade, flexibilidade, elevada destreza manual, rapidez na ação, capacidade de observação e análise, autocontrole

emocional e facilidade de comunicação, para dar resposta às mais diversificadas situações cuja abordagem tem de ser promovida e finalizada numa questão de minutos, onde o risco iminente de vida obriga a um estado de alerta permanente (Sheehy's, 2001; Oliveira, 1999 citado por Pontes, 2008).

Para que proporcione um tratamento adequado e eficaz o enfermeiro de urgência deve efetuar uma avaliação prévia, seguida do diagnóstico, planeamento, tratamento e avaliação final dos cuidados prestados. Estes cuidados englobam um largo espectro de atitudes e competências, podendo ser mínimos ou traduzir-se em medidas de SAV, ensinamentos ao doente e/ou à família, encaminhamento adequado para outros profissionais de saúde ou até conhecimento das implicações legais (Sheehy's, 2001; Howard e Steinmand, 2010).

A especificidade de um SU condiciona uma prática diferente de um serviço de internamento, expressa pela necessidade de atuar rapidamente, pelo elevado número de doentes admitidos e pela imprevisibilidade, fazendo com que, infelizmente, algumas vezes, falte disponibilidade para procedimentos relacionais, em detrimento dos procedimentos técnicos (Gomes, 2007).

A par de toda esta exigência, os doentes nos SU's são tendencialmente mais exigentes, deparando-se geralmente com a doença de modo súbito, o que os deixa bastante ansiosos, fragilizados, mais vulneráveis, menos tolerantes, com medo, inseguros e angustiados, com necessidades, atitudes e exigências que seriam totalmente diferentes noutro contexto, que não num SU (Alminhas, 2007).

4.4. Competências do enfermeiro especialista num serviço de urgência

Segundo o regulamento do exercício profissional dos enfermeiros (Decreto-Lei n.º 104/1998):

“A enfermagem é a profissão que, na área de saúde, tem como objetivo prestar cuidados de enfermagem ao ser humano, são ou doente, ao longo do ciclo vital, e aos grupos sociais em que ele está integrado, de forma que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível”.

O enfermeiro, por sua vez (Decreto-Lei n.º 104/1998):

“é o profissional habilitado com um curso de enfermagem legalmente reconhecido, a quem foi atribuído um título profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para a prestação de cuidados de enfermagem gerais ao indivíduo, família, grupos e comunidade, aos níveis da prevenção primária, secundária e terciária”.

Ainda segundo o mesmo documento (Decreto-Lei n.º 104/1998), o enfermeiro especialista:

“é o enfermeiro habilitado com um curso de especialização em enfermagem ou com um curso de estudos superiores especializados em enfermagem, a quem foi atribuído um título profissional que reconhece competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados de enfermagem gerais, cuidados de enfermagem especializados na área da sua especialidade”.

Posto isto, está definido no âmbito legal que todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de atuação e dotados das competências atribuídas enquanto enfermeiros de cuidados gerais, partilham quatro domínios ou competências comuns, que podem ser aplicáveis em qualquer contexto de cuidados de saúde. Estes domínios são demonstrados por meio da sua capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados, bem como pelo exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria (Ordem dos enfermeiros, 2010a). São estes: responsabilidade profissional, ética e legal; melhoria contínua da qualidade; gestão de cuidados; e desenvolvimento das aprendizagens profissionais (Ordem dos enfermeiros, 2010a).

Especificando o enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica, a ordem dos enfermeiros (2010b, p.1) definiu a pessoa em situação crítica como *“(...) aquela cuja vida está ameaçada por falência ou iminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica”.*

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2010b), as competências do enfermeiro especialista consideram-se altamente exigentes e são distribuídas em vários parâmetros de ação:

1. Cuidar da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica;
2. Dinamizar a resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítimas, da conceção à ação;

3. Maximizar a intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas.

Além de todas as competências inerentes ao enfermeiro de cuidados gerais e ao enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica, ao enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica a exercer funções num SU, acrescem ainda mais estas funções (Howard e Steinmand, 2010):

- Fazer uma avaliação e identificação, rigorosa e contínua, dos problemas físicos, psicológicos e sociais dos doentes;
- Definir os resultados esperados no doente, com base na avaliação feita, nos problemas identificados e na diversidade cultural;
- Elaborar, implementar e avaliar um plano de cuidados com base na avaliação, nos problemas do doente e resultados esperados;
- Avaliar constantemente a qualidade e eficiência dos cuidados de enfermagem prestados em contexto urgente;
- Reconhecer as necessidades de aprendizagem pessoais e maximizar a formação profissional e a boa prática da enfermagem de urgência;
- Reconhecer, utilizar e valorizar as constatações da investigação e da melhoria da qualidade para reforçar a prática de enfermagem de urgência;
- Colaborar com a equipa multidisciplinar a fim de prestar cuidados centrados no doente de forma rápida, segura, eficiente e rendível de recursos.

Por tudo isto, prestar cuidados de enfermagem num SU traduz, para muitos autores, uma das realidades mais agressivas da prática de enfermagem (Alminhas, 2007). Tanto é necessária a competência geral como a específica, dado a variedade de situações e doentes que chegam ao serviço. Aqui, percebe-se e vive-se grande parte das necessidades da sociedade (Howard e Steinman, 2010). Há aliança entre a sofisticação técnica de um ambiente complicado e a abordagem pessoal e individualizada destinada a conseguir o máximo para o doente (Vaz e Catita, 2000), onde o enfermeiro deve apreciar o valor das suas decisões e as consequências de que delas decorrem (Alarcão, 1991).

4.5. Especificidades do serviço de urgência onde foi realizado este estudo de investigação

Deixando de abordar os SU's e as competências de um enfermeiro especialista num qualquer SU, passámos a caracterizar especificamente o SU onde foi realizado este estudo de investigação, reparando que nem sempre a realidade é aquilo que se idealizou.

Este estudo foi realizado num SU de um hospital da zona norte do país, que está caracterizado como um SUMC, embora não tenha todas as características que definem um SU deste nível. Não possui, por exemplo, equipamento e profissionais para realização de tomografia computadorizada axial e a ecografia simples só é realizada por alguns médicos.

Por este motivo, e pela sua posição geográfica, foi proposta pela CRRNEU, em 2012, a alteração para SUB. Mas, até ao momento de finalização deste estudo, continua a ser definido e a funcionar como SUMC, aguardando-se ainda decisão por parte do Ministério da saúde acerca desta alteração.

Neste sentido, este SU devia ter uma VMER em gestão integrada, ao invés de uma ambulância SIV. Para se compreender tal facto, efetuámos uma vasta pesquisa, não tendo sido encontrado nenhum documento oficial que justifique esta realidade. Há quem diga que tal facto aconteceu por estar em aberto a proposta para passagem a SUB, há quem defenda que seja pela área geográfica que este hospital abrange, há ainda quem justifique tal acontecimento pelo facto de existir um SUB relativamente perto (a cerca de 20 km), com uma VMER integrada e, portanto, não se considerou viável ter duas VMER's para a quantidade populacional desta zona territorial. Contudo, isto foram apenas opiniões que obtivemos, não se sabendo se correspondem à verdadeira razão.

Por outro lado, se este SU continua a funcionar como SUMC, o número de doentes, o número de especialidades médicas que abrange e, consequentemente, o número de intervenções de enfermagem a realizar são, garantidamente, em quantidade maior do que se se trata-se de um SUB. Neste sentido, a quantidade de trabalho de enfermagem neste SU é maior comparativamente à quantidade de trabalho de enfermagem prevista para um SUB, onde estaria o enfermeiro da ambulância SIV.

Continuando a analisar esta realidade, cada enfermeiro deste SU, em cada turno, encontra-se alocado a determinada sala (sala de emergência e pequena cirurgia, sala de tratamentos, sala das macas, sala das vigilâncias e obs), sendo o respetivo enfermeiro, o responsável pelos doentes que aí derem entrada. Contudo, o enfermeiro alocado, por exemplo, ao obs,

se não tiver doentes aí, deverá auxiliar os colegas nas restantes salas, sempre e onde fôr necessário intervir.

Nesta realidade específica, o enfermeiro da ambulância SIV é normalmente alocado à sala de emergência, pelo que deverá permanecer fisicamente no SU quando não é activado pelo CODU e exercer funções nesta sala. Quando não dão entrada doentes para esta sala, deverá prestar cuidados de enfermagem nas restantes salas. Mas, estando este profissional a trabalhar na ambulância SIV, deverá também estar alocado a uma sala específica? Certo é que a lei (Despacho n.º 10319/2014) diz que ele deverá prestar cuidados no SU, mas quais cuidados? Em que sala? E a que doentes? Será viável este profissional exercer funções em EPH e num SU, ao longo do mesmo turno de trabalho? Uma vez mais, indo de encontro ao que foi referido no capítulo anterior, não existe, por enquanto, respostas para estas situações.

Não despertará tudo isto, stress nestes enfermeiros? Quais serão as respostas orgânicas percecionadas pelos enfermeiros como resultado do stress sentido por toda esta situação profissional? Quais serão as principais dificuldades sentidas quando têm que exercer funções no SU e na rua, à distância de um telefonema do CODU? E os cuidados de enfermagem, serão afetados? Conseguirão estes profissionais gerir o stress desenvolvido?

Concluídos os capítulos sobre stress, EPH e SU, tendo-se abordados os assuntos que nos pareceram mais pertinentes para enquadramento deste estudo, vê-se que ainda existem muitas dúvidas e questões por resolver.

Segue-se então o próximo capítulo, referente ao caminho metodológico percorrido, sempre em busca de novas informações e conclusões acerca desta temática ainda pouco desenvolvida.

PARTE II
ESTUDO EMPÍRICO

METODOLOGIA: O CAMINHO PERCORRIDO

Neste capítulo pretende-se dar a conhecer o caminho metodológico percorrido neste estudo de investigação. Para tal, inicialmente é descrito o tipo e os objetivos do estudo, seguindo-se as questões de investigação, os participantes, o instrumento de colheita de dados utilizado, os procedimentos formais e éticos cumpridos e, finalmente, é realizada uma breve abordagem à forma como foram tratados os dados obtidos.

5.1. Tipo de estudo

Durante a fase de planeamento deste estudo foi necessário investigar e refletir sobre as metodologias existentes para que a escolha do método de investigação fosse o mais adequado e correto. Assim, optámos pelo uso de metodologia qualitativa, de carácter exploratório-descritivo.

De acordo com Sampieri, Collado e Lucio (2006) o enfoque qualitativo, em geral, é utilizado para descobrir e para refinar as questões da pesquisa. Busca principalmente dispersão e expansão dos dados ou da informação, ao invés de delimitar a informação. Tem como ponto de partida a realidade que há a descobrir, usando uma linguagem natural, construída pelos próprios participantes e procurando entender o contexto social ou o ponto de vista de cada participante. Baseia-se em métodos de recolha de dados sem medição numérica, como as descrições e as observações.

O objetivo do método de investigação qualitativa é observar, descrever, interpretar e apreciar o meio e o fenómeno tal como se apresentam, sem procurar controlá-los. Neste tipo de abordagem o investigador preocupa-se com a compreensão absoluta e ampla do fenómeno, não se coloca como perito, mas antes abstém-se dos conhecimentos que possui do domínio para tentar explicar o que observa (Fortin, 2009).

Relativamente ao carácter exploratório-descritivo, Sampieri, Collado e Lucio (2006) definem que este é usado quando o objetivo é examinar um tema ou problema de pesquisa pouco estudado, do qual se tem dúvidas ou não foi abordado antes, e serve para o investigador se familiarizar com fenómenos relativamente desconhecidos ou pouco conhecidos, de acordo com a descrição que é feita pelos participantes.

Fortin (2009) caracteriza o estudo exploratório-descritivo como aquele em que o investigador pretende explorar e descrever determinado fenómeno, quando possui poucos ou nenhuns conhecimentos sobre o mesmo. Pretende conhecer melhor um fenómeno e não realizar comparações, nem criar relações, nem sequer encontrar soluções para melhorar determinada situação.

Com este estudo pretendemos a descrição e exploração ampla do fenómeno, seguindo as palavras e o ponto de vista de cada participante, sem intuito de criar teorias ou conспirações, mas antes obter descrições. Por este motivo, entendemos que esta metodologia seja a mais adequada para este estudo.

5.2. Objetivos do estudo

Fortin (2009) refere que o objetivo de um estudo indica a razão da investigação, caracterizando-o como um enunciado declarativo que precisa a orientação do processo de investigação, ou seja, o que o investigador tem intenção de fazer no decurso do estudo. Os objetivos delimitam a pretensão do alcance do estudo que pode tratar-se de explorar, identificar, descrever, explicar ou prever determinado fenómeno, harmonizando-se com o grau de avanço dos conhecimentos do investigador.

Concordando com Sampieri, Collado e Lucio (2006) os objetivos são as orientações do estudo e têm a finalidade de mostrar o que o investigador deseja da pesquisa. Devem ser expressos com clareza e estar sempre em mente ao longo de todo o processo de investigação.

Assim, para o presente estudo de investigação delineámos o seguinte objetivo geral:

- Conhecer a perceção dos enfermeiros relativamente ao stress sentido no exercício das suas funções, ao longo do turno, em ambulância SIV e num SU.

Sobre este objetivo geral delineámos os seguintes objetivos específicos:

- Identificar as respostas orgânicas, percecionadas pelos enfermeiros como resultantes do stress sentido, quando exercem funções em ambulância SIV e num SU, ao longo do turno;
- Identificar as dificuldades sentidas pelos enfermeiros quando exercem funções em ambulância SIV e num SU, ao longo do turno;

- Perceber se, na opinião dos enfermeiros, os cuidados de enfermagem são influenciados devido ao stress sentido pelos enfermeiros, quando exercem funções em ambulância SIV e num SU, ao longo do turno;
- Enunciar as estratégias adotadas pelos enfermeiros para gestão do stress sentido quando exercem funções em ambulância SIV e num SU, no mesmo turno.

5.3. Questões de investigação

Segundo Fortin (2009) as questões de investigação expressam-se como interrogações explícitas relativas ao problema que se pretende explorar e analisar com vista à obtenção de novas informações e conhecimentos. Tratam-se de enunciados interrogativos precisos, claros, não equívocos, escritos no presente e que decorrem diretamente dos objetivos, especificando os aspetos a serem estudados.

Com a finalidade de orientar e centralizar a recolha de informação elaborámos algumas questões de investigação, para as quais procurámos obter resposta, sempre em busca de um maior esclarecimento do tema e no sentido de contextualizar este estudo de investigação:

- Quais são as respostas orgânicas que os enfermeiros percecionam como resultantes do stress sentido, ao longo do turno, quando exercem funções em ambulância SIV e num SU?
- Quais são as principais dificuldades sentidas pelos enfermeiros, ao longo do turno, quando exercem funções em ambulância SIV e num SU?
- Será que, na opinião dos enfermeiros, os cuidados de enfermagem são influenciados pelo facto destes exercerem funções, ao longo do turno, em ambulância SIV e num SU?
- Que estratégias são utilizadas pelos enfermeiros na gestão do stress sentido quando exercem funções em ambulância SIV e num SU, ao longo do turno?

5.4. Participantes

Os participantes de um estudo de investigação devem ter a experiência do fenómeno a ser estudado e possuir um saber pertinente. É esperado que as pessoas seleccionadas sejam capazes de testemunhar sobre a sua experiência e de descrever o que interessa ao investigador, o que supõe uma motivação para participar e uma capacidade de se exprimir.

Não tem interesse que os participantes sejam em grande número, interessa mais o contributo que cada um pode dar para o estudo (Fortin, 2009).

Para este estudo definimos como participantes oito do total de dez enfermeiros que atualmente exercem funções, ao longo do turno, em ambulância SIV e no SU do hospital da zona norte do país onde foi realizada a investigação. Um dos dez enfermeiros é investigador deste estudo, pelo que foi automaticamente excluído e um outro, dado que se encontra de atestado médico, ausente do serviço e sem condições físicas para participação, também sofreu exclusão. Assim, os participantes resumiram-se a estes oito enfermeiros, considerando-se que todos estes apresentam conhecimentos de qualidade, saberes e experiências bastante pertinentes e suficientes para a concretização deste processo de investigação e, após apresentação do projeto, se disponibilizaram para participar no mesmo.

5.5. Instrumento de colheita de dados

Segundo Sampieri, Collado e Lucio (2006) depois de selecionada a metodologia, os objetivos e os participantes, têm lugar três atividades profundamente vinculadas entre si: selecionar um instrumento ou método de recolha de dados, aplicar esse instrumento e preparar as observações e registos obtidos. O instrumento de recolha de dados adequado será aquele que regista dados que representam verdadeiramente o fenómeno em estudo.

Assim, após uma leitura atenta e exaustiva sobre os vários instrumentos de colheita de dados disponíveis, atendendo às vantagens e inconvenientes de cada um, optámos pelo recurso à entrevista semi-estruturada.

Óptamos por este método de recolha de dados porque a entrevista, enquanto principal método de recolha de dados utilizada nas abordagens qualitativas e frequentemente usada nos estudos exploratórios-descritivos, é um modo particular de comunicação verbal que se estabelece entre o investigador e o participante, com o intuito de colher informações preciosas e válidas para o estudo, obtendo-se respostas para as questões de investigação formuladas, nas próprias palavras dos participantes (Fortin, 2009).

Relativamente à estrutura, optámos pela semi-estruturada, sendo esta opção a que oferece ao investigador a liberdade de introduzir mais questões, além das estipuladas inicialmente, para a precisão de conceitos ou para obter maior informação sobre a temática em estudo, ao longo da entrevista (Grinnell, 1997).

A par de todos estes fatores, não menos importantes, pesou o facto de o investigador trabalhar diariamente com cada um dos participantes e, portanto, conhecer minimamente as preferências de cada um, e o modo como cada um se expressa mais livremente.

Como linha orientadora para a realização das entrevistas foi utilizado um “guião da entrevista” (Fortin, 2009), apresentado como Apêndice A. Todas as entrevistas foram gravadas em suporte magnético (Fortin, 2009) e posteriormente tratadas pela análise do seu conteúdo.

Após marcação prévia, as entrevistas aos oito participantes foram realizadas na base da ambulância SIV integrada no hospital da zona norte do país onde foi realizado este estudo. Tratou-se de um lugar calmo, bem conhecido do investigador e de cada participante, frequentado apenas pelo enfermeiro e pelo TAE de serviço na ambulância SIV, dotado de mesa, cadeiras e cadeirões, o que proporcionou um ambiente confortável e informal tendo-se conseguido conversas agradáveis e informações bastante pertinentes para o alcance dos objetivos propostos.

5.6. Procedimentos formais e éticos

Toda a investigação científica é uma atividade humana de grande responsabilidade ética, moral e legal. Os conceitos em estudo, o método de recolha de dados, os resultados encontrados e a divulgação dos mesmos, podem contribuir para o avanço dos conhecimentos científicos, mas também podem lesar os direitos fundamentais das pessoas. Na aquisição de novos conhecimentos há sempre a manter o respeito pela pessoa e a proteção do seu direito a viver de forma livre e digna (Fortin, 2009).

Com o objetivo de cumprir integralmente todos os princípios éticos, morais e legais, os participantes foram devidamente informados sobre o tema e os objetivos do estudo e a sua participação foi precedida de consentimento, tendo sido para tal elaborado um documento que cada um leu e assinou conscientemente (Apêndice B).

No seguimento destes princípios foi ainda solicitada uma autorização formal por escrito ao conselho de administração do hospital da região norte do país onde foi realizado este estudo, para a realização das entrevistas (Apêndice C).

Ao longo deste estudo foi também assegurado o sigilo, onanimato e confidencialidade dos participantes (Sampiéri, Collado e Lucio, 2006). Para efeito, foi utilizada a letra E para

Entrevista, os números de 1 a 8 para identificar a respectiva entrevista, a letra I para Investigador e a letra P para Participante. Os participantes foram sujeitos a ausência total de custos monetários.

5.7. Organização e tratamento dos dados

Após a realização das entrevistas, as mesmas foram transcritas para papel (Apêndice D), tendo-se seguido o tratamento de dados utilizando a técnica de análise de conteúdo, defendida por Bardin (2004). Esta representa um dos métodos de análise textual mais comum na investigação empírica, sendo frequentemente utilizada na análise de dados qualitativos, e é definida como uma técnica que procura diferenciar num conjunto de áreas temáticas, categorias e subcategorias o conteúdo manifesto nos mais diversos tipos de comunicações (Amado, 2000).

Bardin (2004) defende que a análise de conteúdo constitui um instrumento marcado pela cientificidade, com regras precisas, que permitem ao investigador ir além da intuição, mas que também envolve a riqueza da subjetividade. Esta técnica de análise permite evidenciar a presença ou a ausência de determinado fenómeno a partir da mensagem comunicada pelos participantes.

Bardin (2004) apresenta uma organização da análise de conteúdo em três fases: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados (inferência e interpretação).

A pré-análise foi a fase de organização dos dados que, como preconiza Bardin (2004), teve por objetivo tornar operacionais e sistematizar as ideias iniciais. Para tal procedemos a uma leitura flutuante, onde as primeiras impressões e orientações foram sendo evidenciadas, tendo-se recolhido informações iniciais gerais que foram sendo consolidadas ao longo do processo de análise.

Nesta primeira fase foi necessário obedecer às regras de: exaustividade (esgotou-se a totalidade da comunicação sem se esconder nada) e exclusividade (um mesmo elemento não foi classificado em mais de uma categoria) (Bardin, 2004).

A segunda fase, concordando novamente com Bardin (2004), consistiu na descrição analítica. Esta fase, a mais longa e cansativa, envolveu as tarefas de codificação, onde os dados brutos foram transformados de forma organizada e agregados em unidades. A categorização compreendeu a escolha de categorias e sub-categorias, sendo as primeiras

definidas como rubricas ou classes que reúnem um conjunto de elementos em função dos caracteres comuns a esses mesmos elementos (Bardin, 2004).

A última fase de análise de conteúdo foi o tratamento dos dados obtidos, a inferência e a interpretação, que consistiu, basicamente, em tornar significativos e válidos os dados que resultaram do processo de tratamento. Tratou-se do momento de intuição e de análise crítico-reflexiva, onde foram relacionados os dados obtidos com a fundamentação teórica (Bardin, 2004) que fez parte da nossa pesquisa.

Após realizadas estas três fases, foram encontrados os resultados apresentados no capítulo que se segue.

PARTE III
RESULTADOS ENCONTRADOS

APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo apresentamos os resultados deste estudo de investigação. Tendo em vista dar resposta aos objetivos do mesmo, começamos por caracterizar os participantes, relativamente à idade, género, experiência profissional em SU e em ambulância SIV. Realizamos uma breve abordagem de modo a se entender se estes enfermeiros trabalham num SU e numa ambulância SIV por opção própria, ou não. Abordamos o tema do grau académico, e a forma como esta influencia, ou não, os resultados. Posteriormente apresentamos as áreas temáticas, categorias e subcategorias emergentes das entrevistas realizadas, de acordo com Bardin (2004), com análise promenorizada de cada área temática, confrontando-as com a literatura.

6.1. Caracterização dos participantes

Neste estudo de investigação participaram oito enfermeiros que exercem atualmente funções em ambulância SIV integrada num SU de um hospital da zona norte do país. O quadro que se segue enuncia as características dos mesmos, de acordo com a idade, género, tempo de experiência profissional num SU e tempo de experiência profissional em ambulância SIV:

Quadro n.º 1 – Características sociodemográficas e profissionais dos participantes

Participantes	Idade	Género	Tempo de experiência profissional em SU	Tempo de experiência profissional em ambulância SIV
P1	31	Masculino	7 anos	2 anos
P2	31	Masculino	6 anos	2 anos
P3	33	Feminino	11 anos	2,5 anos
P4	30	Feminino	1,5 anos	4 anos
P5	29	Feminino	6 anos	2,5 anos
P6	31	Feminino	2 anos	8 anos
P7	33	Masculino	9 anos	2 anos
P8	31	Feminino	5 anos	3 anos

Pelo quadro n.º 1 podemos constatar que a média de idades dos participantes é de 31 anos, com o mínimo de 29 anos e o máximo de 33 anos. O tempo médio de experiência profissional no SU é de 6 anos, com o mínimo de 1,5 anos e o máximo de 11 anos. O tempo médio de experiência profissional na ambulância SIV é de 3 anos, com o mínimo de 2 anos e o máximo de 8 anos.

Relativamente à idade, concordando com Silva et al (2013), o interesse pessoal para a prestação de cuidados a doentes críticos envolve componentes de capacitação profissional específicos, conferindo satisfação no trabalho, por ser uma área de atuação desafiadora e que proporciona uma experiência profissional diferenciada, sendo estas últimas características muitas vezes procuradas por enfermeiros mais novos.

Quanto à predominância do género feminino, o nosso estudo vai ao encontro dos últimos dados do instituto nacional de estatística (em 2013), onde é referido que em Portugal 81% dos enfermeiros são do sexo feminino, sendo que os participantes deste estudo satisfazem esta característica.

Relativamente ao tempo de experiência profissional, verificamos que seis participantes inicialmente desempenhavam funções no SU e passaram a realizar funções também na ambulância SIV, daí terem mais tempo de exercício profissional em ambiente intra-hospitalar. Dois participantes já faziam EPH em ambulância SIV e, com a integração do meio, passaram a desenvolver funções também no SU.

Pelo quadro n.º 2 é possível verificar que três participantes exercem funções no SU por opção própria e por proposta da chefia. Três participantes exercem funções no SU apenas por opção própria. E dois participantes exercem funções no SU por outros motivos: o P4 já exercia funções em ambulância SIV, ao ser mobilizado para uma ambulância SIV mais perto da sua área de residência, foi para uma SIV integrada e, conseqüentemente ficou a exercer funções no SU; o P6, previamente à integração do meio de socorro já fazia ambulância SIV, com a integração desta teve de passar a exercer funções também no SU.

Assim, concluímos que a maior parte dos participantes deste estudo exerce funções no SU por vontade própria, o que poderá sugerir que os enfermeiros em questão estão motivados para exercer funções naquele serviço. Segundo Serpa (1992), a motivação está intrinsecamente ligada ao comportamento do sujeito, sendo considerada como uma causa determinante e condicionante do grau de eficácia do próprio sujeito. Além disso, segundo Leidy (1992), o stress gerado pelas diversas situações penosas pelas quais a pessoa passa, é

absorvido se a prática profissional se tornar agradável, e esta será tanto mais agradável quanto mais a pessoa estiver motivada. Também Calderero, Miaso e Webster (2008), referem que quando o profissional pode escolher onde vai trabalhar, realiza o seu trabalho com maior satisfação e motivação.

Quadro n.º 2 – Motivo para os participantes exercerem funções num SU e numa ambulância SIV

Participantes	SU	Ambulância SIV
P1	Opção própria	Opção própria + proposta da chefia
P2	Opção própria + proposta da chefia	Opção própria + proposta da chefia
P3	Opção própria	Opção própria + proposta da chefia
P4	Por outro motivo	Proposta da chefia
P5	Opção própria + proposta da chefia	Opção própria + proposta da chefia
P6	Por outro motivo	Por opção própria
P7	Opção própria + proposta da chefia	Opção própria + proposta da chefia
P8	Opção própria	Opção própria + proposta da chefia

Daí entendemos que os participantes se sentem motivados para trabalhar nesta área, embora alguns deles também assim o tenham decidido face à proposta que a chefia lhes fez. Por outro lado, dois dos participantes estão no SU por razões inerentes à integração do meio de socorro, e não por ter sido uma opção pessoal e voluntária. Podemos, portanto concluir que estes dois participantes não se sentem tão motivados e satisfeitos, no SU, quanto os restantes seis.

Relativamente ao exercício de funções na ambulância SIV, seis participantes admitiram ser sua opção mas também por proposta da chefia, um participante admitiu ser apenas por vontade própria, e um outro admitiu ser exclusivamente por proposta da chefia. No que respeita a este participante podemos concluir que não foi tomada em conta a sua opinião e por isso, possivelmente, ele não se sentirá tão motivado para desempenhar as suas funções neste âmbito, comparativamente aos restantes participantes deste estudo.

Quando nos debruçamos sobre o grau académico (Quadro n.º 3), verificamos que apenas um participante possui somente a licenciatura em enfermagem. Este facto demonstra que a maioria dos participantes dota de conhecimentos e capacidades qualificadas e especializadas e que existe vontade e interesse pessoal em dar continuidade à formação académica e hospitalar, em busca de aprimoramento na área de emergência e urgência.

Quadro n.º 3 – Grau académico dos participantes

Participantes	Grau académico
P1	Mestrado em enfermagem médico-cirúrgica (a terminar)
P2	Especialidade em enfermagem médico-cirúrgica
P3	Mestrado em enfermagem médico-cirúrgica (a terminar)
P4	Pós-graduação em emergência e trauma
P5	Pós-graduação em emergência e trauma
P6	Licenciatura em enfermagem
P7	Especialidade em enfermagem médico-cirúrgica
P8	Especialidade em enfermagem médico-cirúrgica

Apesar das diferentes categorias profissionais, as respostas obtidas aquando da realização das entrevistas, não se manifestaram diferentes pelo facto de terem uma formação especializada. Este facto vem contrariar Guerrer (2007) que defende, no estudo que realizou, que os enfermeiros sem curso de especialização, são mais stressados que os enfermeiros com curso de especialização.

Após esta breve caracterização dos participantes, passamos agora a apresentar os resultados da informação das entrevistas.

6.2. Áreas temáticas emergentes das entrevistas

Depois de analisados os dados recolhidos nas oito entrevistas, através da análise de conteúdo proposta por Bardin (Bardin, 2004), emergiram quatro áreas temáticas, organizadas em categorias e subcategorias, apresentadas no quadro n.º 4.

Selecionadas estas quatro áreas temáticas, seguidamente passamos à análise de cada uma, com as respetivas categorias, subcategorias e unidades de análise.

Optámos por realizar a sua apresentação e interpretação, facilitando deste modo a organização e leitura. Assim, no decorrer desta exposição, relatamos alternadamente dados narrativos, descritivos e interpretativos, utilizando quadros ilustrativos para simplificação.

Quadro n.º 4 – Áreas temáticas, categorias e subcategorias emergentes das entrevistas

Áreas temáticas	Categorias	Subcategorias
Respostas do organismo ao stress	Respostas fisiológicas	Cansaço Taquicardia
	Respostas cognitivas	Alterações de humor Nervosismo Ansiedade Irritabilidade Preocupação Indecisão Antecipação Impaciência
	Respostas emocionais	Agressividade Tristeza Medo Desapontamento ou decepção Frustração Raiva Humilhação Frieza Impotência
Dificuldades sentidas no exercício de funções numa ambulância SIV integrada num SU	Dificuldades operacionais	Trabalho acrescido Assumir dois serviços Aumento das responsabilidades
	Dificuldades organizacionais	Protocolos da SIV diferentes dos protocolos do SU Trabalhar com chefias diferentes
Influência do stress nos cuidados de enfermagem	Cuidados de enfermagem no SU	Descontinuidade de cuidados Dificuldade em realizar uma completa passagem de turno Sensação de abandono dos doentes Cuidados precários Falta de qualidade nos cuidados prestados
	Cuidados de enfermagem na SIV	Falta de concentração Maior tempo de resposta
Estratégias adotadas pelos enfermeiros para gestão do stress	Estratégias de <i>coping</i> focadas na emoção	<i>Hobbies</i> Evitamento Reflexão

6.2.1. Respostas do organismo ao stress

Da análise realizada às respostas fornecidas pelos participantes emergiu a área temática “Respostas do organismo ao stress”, com três categorias: respostas fisiológicas, respostas cognitivas e respostas emocionais. Nenhum participante referiu respostas

comportamentais. Para cada uma destas categorias, apresentamos as respetivas subcategorias, no quadro n.º 5:

Quadro n.º 5 – Categorias e subcategorias relativas à área temática “Respostas do organismo ao stress”

Categorias	Subcategorias	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8
Respostas fisiológicas	Cansaço	X						X	
	Taquicardia			X		X			X
Respostas cognitivas	Alterações de humor	X			X		X		
	Nervosismo	X							
	Ansiedade		X	X			X		X
	Irritabilidade			X	X	X			X
	Preocupação					X			
	Indecisão					X			
	Antecipação								X
	Impaciência								X
	Agressividade				X				
Respostas emocionais	Tristeza	X						X	
	Medo	X							
	Desapontamento ou decepção	X		X	X	X		X	X
	Frustração			X	X		X	X	
	Raiva			X		X			
	Humilhação				X				
	Frieza					X			
	Impotência							X	

Pela análise do quadro n.º 5, podemos constatar que os P1, P3, P5, P7 e P8 referiram sentir cansaço e taquicardia pelo facto de exercerem funções, ao longo do turno, numa ambulância SIV integrada num SU, conforme se pode constar nas unidades de análise:

“Cansaço.” (P1); “Huuuum... Cansaço, a dificuldade em conseguir mudar o chamado “chip” de uma prestação de cuidados no meio hospitalar, para o meio pré-hospitalar” (P7);

“(…) sinto taquicardia nas saídas mais difíceis.” (P3); “(…) taquicardia...” (P5); “Além da ansiedade, uma taquicardia também...” (P8).

Estas duas sub-categorias, foram incluídas na categoria respostas fisiológicas, uma vez que ambas resultam das alterações fisiológicas que o organismo sofre perante uma situação

indutora de stress. Depois de estimulado o hipotálamo, estando o organismo perante uma situação indutora de stress, e após decorrer o processo complexo com início na ativação do sistema nervoso simpático, da hipófise anterior ou da hipófise posterior, há libertação hormonal que, por sua vez, leva ao aumento da atividade cardíaca e da atividade muscular. Este aumento da atividade cardíaca é refletido na taquicardia e o aumento da atividade muscular reflete-se no cansaço Phipps, Sands e Marek (2003).

Na categoria das respostas cognitivas foram definidas as sub-categorias: alterações de humor, nervosismo, ansiedade, irritabilidade, preocupação, indecisão, antecipação e impaciência. Estas, foram referidas por vários participantes:

“Principalmente alterações de humor (...)” (P1);

“E nervoso.” (P1);

“É assim... Ansiedade, não é?! (...) Ansiedade, principalmente” (P2); “Até porque nós fazemos poucos turnos e, como tal, sentimos quase sempre ansiedade (...)” (P3); “Ansiedade, mais... Alterações de humor...” (P6); “Ansiedade, huum... A maior parte das vezes porque nós estamos mesmo a cuidar dos doentes na urgência e a qualquer momento parece que estamos a ouvir o telemóvel... Ele ainda não tocou, mas parece que já estamos a ouvir o telemóvel ao fundo ou o próprio Siresp, não é?!” (P8);

“Olha... Sinto irritabilidade (...)! Alterações de humor e irritabilidade...” (P4); “Às vezes uma pessoa fica mais irritada, com menos paciência, não é?! Nem consegue estar mais descontraída porque está sempre com essa... com essa sensação...” (P8);

“Preocupação, indecisão por vezes, irritabilidade (...)” (P5).

De acordo com estas respostas, podemos verificar que os participantes apresentam uma desorganização intelectual e uma interpretação errónea acerca do que lhes acontece. Por esse motivo, desenvolvem conscientemente respostas cognitivas que podem resultar numa menor tolerância para encarar as mais diversas situações indutoras de stress (Serra, 2007).

Atendendo aos sentimentos e emoções referidos pelos participantes, definimos a categoria “Respostas emocionais”, na qual incluímos as sub-categorias: agressividade, tristeza, medo, desapontamento ou deceção, frustração, raiva, humilhação, frieza e impotência. Passamos de seguida a analisar cada uma destas respostas:

- Agressividade – referida pelo P4:

“Huuuum... Mais agressividade...” (P4).

A agressividade é uma forma de conduta com o objetivo de ferir alguém, física ou psicologicamente. Aponta, portanto, um carácter intencional, onde o indivíduo procura obter algo, coagir outrem, demonstrar poder e domínio (Ramirez, 2001).

- Tristeza – referida pelo P1 e P7, respetivamente:

“Sinto tristeza.”; “E sinto tristeza.”.

A tristeza é um estado emocional intrínseco a todo o ser humano privado de determinada satisfação pessoal ou emocional, tratando-se de uma resposta do organismo quando o mesmo se depara profundamente com a sua fragilidade (Araujo, 2012). A função da tristeza é alertar a própria pessoa de que algo não está bem, provocando uma reação cuja intenção é fazer o indivíduo solucionar o que está errado. Neste sentido, é importante a pessoa sentir tristeza, e dar a esta emoção a devida importância, de forma a buscar resolução para os problemas (Negrelli e Neil, 2012);

- Medo – citado pelo P1:

“Ora bem... Principalmente medo de estar a deixar os doentes aqui na urgência...”.

O medo trata-se de uma emoção que possibilita o indivíduo a enfrentar o perigo ou a fugir dele, sendo, neste sentido, uma emoção motivadora para a defesa do próprio (Casanova, Siqueira e Silva, 2009). Para Kolb e Whishaw (2002) o desenvolvimento do medo é fundamental, uma vez que coloca o indivíduo em situação de alerta, ativando estratégias para enfrentar a situação indutora de stress;

- Desapontamento ou decepção – visível em dois momentos: o primeiro momento, talvez não tão explícito, verificamos quando é mencionado que as condições inicialmente estabelecidas para a integração da ambulância SIV, eram diferentes das condições atuais, levando a encontrar desapontamento ou decepção de uma forma mascarada nas respostas:

“Eles propuseram fazer o curso SIV e nós, pelas condições que nos davam inicialmente, aceitamos.” (P1),

“Por proposta da chefia, que inicialmente me agradou...” (P7),

“Quando nos expuseram qual era o cargo, as condições do mesmo... huuuum... o que é certo é que as condições sejam diferentes... o que nos foi proposto daquelas que

efetivamente temos agora, não é?! Ou tornou-se, digamos assim, um presente envenenado...” (P8).

E o segundo momento podemos verificar nas próprias palavras dos participantes, quando referem sentir desapontamento ou decepção face à situação atual de integração do meio de socorro:

“(…) algum desapontamento por muitas vezes não vermos esse esforço-extra reconhecido.” (P1),

“Um dia estou no meio, no outro dia estou na urgência e esta constante mudança de papéis... Huum... Propicia ainda mais a frustração e a decepção.” (P4),

“Sinto raiva e decepção (...)” (P5).

O desapontamento e a decepção são considerados sinónimos por alguns autores e tratam-se de sentimentos de insatisfação que surgem quando as expectativas sobre algo ou alguém não se concretizam (Wilco e Marcel, 2002);

- Frustração – mencionada em várias entrevistas:

“Essencialmente é a frustração... Frustração e raiva... Huum... Acaba por ser uma dualidade de sentimentos...” (P3),

“Frustração, uma frustração... Isso frustração é o principal, de facto...” (P 4),

“Mais frustração e ansiedade...” (P6),

“(…) é um sentimento de impotência e muitas vezes de... frustração também...” (P7).

A frustração representa um conceito psicológico usualmente utilizado no dia a dia, embora susceptível a diferentes significados. Por um lado, pode ser compreendida como a representação de um objeto impeditivo da realização de uma necessidade, algo externo ao sujeito, ou seja, um obstáculo ou um evento. Por outro lado, a frustração refere-se a um sentimento negativo, representando insucesso por não se ter atingido algo pretendido (Moura e Pasquali, 2006). Neste estudo, a frustração foi interpretada como um estado sentimental negativo e não como um obstáculo ou evento.

Este sentimento pode ser relacionado com o sentimento de desapontamento ou decepção, no medida em que ambos se desenvolvem pelo facto de não haver a conquista de algo que seria esperado e desejado (Moura e Pasquali, 2006);

- Raiva – referida pelo P3 e P5, respetivamente:

“Frustração, raiva... Huum...”; “Sinto raiva e decepção, preocupação também (...).”

A raiva é uma emoção caracterizada pela contrariedade, que segundo Davidoff (2001) é considerada normal, desde que em quantidade saudável, tornando-se necessária para impulsionar o indivíduo a se defender e lutar pelos seus interesses. O indivíduo deve lidar com a raiva dando tempo, uma vez que o tempo de espera diminui o nível de excitação fisiológica, ou lidando com ela de modo a não estar sempre irritado com qualquer problema pequeno (Myers, 2006);

- Humilhação – referida pelo P4:

“E humilhação por parte dos doentes e tudo...”

Segundo La Taille (2002), o sentimento de humilhação refere-se ao facto de ser ou sentir-se inferiorizado, rebaixado por alguém ou por um grupo de pessoas, sem que se aceite necessariamente a “má imagem” que querem impôr, ou seja, a pessoa humilhada reconhece o rebaixamento, mas não aceita a imagem negativa que lhe é imposta.

O sentimento de humilhação aparece muitas vezes associado à vergonha. A vergonha pode ser considerada como uma emoção secundária, por isso mais complexa que uma emoção primária, e que varia radical e amplamente de sociedade para sociedade (Damásio, 2011). Na vergonha, ao contrário do que acontece na humilhação, a imagem negativa imposta é compartilhada, ou seja, o sujeito aceita a imagem negativa que lhe impõem.

Apesar da proximidade entre estes dois conceitos, nenhum participante referiu sentir vergonha, sendo que apenas o P4 referiu sentir humilhação.

- Frieza – referida por um participante:

“(...) por vezes é preciso sentir alguma frieza.” (P5)

O sentimento de frieza é socialmente encarado como algo negativo, como que uma ausência de sentimentos que não deveria existir. Contudo, atendendo ao contexto de trabalho em urgência e emergência, onde a qualquer momento podem surgir seres humanos em situações vulneráveis e mesmo em fim de vida inesperada, a frieza e a indiferença podem ser as “armas” utilizadas para se encarar a situação e ganhar coragem para a superação da mesma. Entende-se, por isso, que a frieza não deve apenas ser encarada como um sentimento negativo, mas também como um tipo de defesa (Nogueira-Martins, 2002).

Ou seja, este participante não se considera um profissional frio. Apenas menciona que, por vezes, é necessária a frieza. Entendemos, portanto, com base na opinião de Nogueira-Martins (2002), que existem outros sentimentos associados ao seu exercício profissional mas, em algumas situações, ele se torna frio, considerando esta atitude como algo necessário.

- Impotência – referido pelo P7:

“Às vezes o sentimento de... impotência, que não consigo fazer um seguimento total de... de um planeamento de enfermagem, ou de cuidados de enfermagem, como queria... Porque muitas vezes estou a prestar cuidados no SU e sou chamado e tenho que sair para o pré-hospitalar e... pronto, é um sentimento de impotência (...).”

A resposta emocional impotência é caracterizada pelo facto de nada se poder fazer para travar ou inverter uma situação (López, 2000). Este participante referiu sentir-se impotente perante esta situação de integração do meio de socorro, nomeadamente quando cria um plano de cuidados de enfermagem e não o consegue cumprir na totalidade, pelo facto de ser chamado para ir trabalhar no pré-hospitalar, tendo de abandonar os seus doentes do SU.

Concluindo esta área temática, podemos afirmar que todos os participantes deste estudo percecionam respostas do organismo resultantes do stress, sendo elas fisiológicas, cognitivas e emocionais. Verificamos que a perceção do stress referida pelos nossos participantes não foi diferente entre eles tendo em conta a idade, o tempo de serviço e a sua formação académica. Os resultados do nosso estudo não vão de encontro ao defendido por Montanholi, Tavares e Oliveira (2006), que alegam que quanto maior a faixa etária dos enfermeiros, maior o risco de desenvolver sintomatologia percecionada como resultante do stress sentido. Também não vai de encontro ao estudo de Guido et al (2011), que defende que quanto maior o tempo de experiência profissional no serviço, menor é o stress desenvolvido.

As respostas emocionais foram as manifestadas em maior número, referindo-se todas a sentimentos ou emoções negativas. A este respeito, é curioso perceber que não existiu um único participante que citasse sentimentos ou emoções positivas por realizar funções neste dois contextos, ao longo do turno. Contudo, grande parte dos participantes admitiu gostar da área da emergência e urgência, inclusive apenas um enfermeiro não tem formação académica específica nesta área. Podemos, portanto concluir que, apesar destes enfermeiros trabalharem na área que escolheram e que gostam, e sobre a qual têm

formação específica, exercem funções percecionando respostas orgânicas desencadeadas pelo stress sentido, admitindo mudanças cognitivas e emocionais, podendo estas ser potencializadas pelas alterações fisiológicas que o organismo sofre, num ciclo contínuo (Silva et al, 2013).

Os resultados do nosso estudo poderão ser explicados por Silva et al (2013). Este autor defende que o trabalho, sobretudo no mundo industrializado, exerce forte influência sobre o comportamento humano, sendo as exigências cada vez maiores. Este facto, segundo o autor, contribui para o compromisso da saúde do trabalhador, levando ao desgaste físico e emocional, fazendo com que este adote posturas pouco compatíveis com os seus objetivos e expectativas. Este facto pode contribuir para a insatisfação da sua atividade profissional.

Por outro lado, quando as condições de trabalho pouco correspondem ao que era esperado pelo trabalhador, as situações positivas tornam-se diminutas, e a atividade profissional manifesta-se como stressante (Silva et al, 2013).

6.2.2. Dificuldades sentidas no exercício de funções numa ambulância SIV integrada num SU

Nesta área temática distinguimos duas categorias: dificuldades operacionais e dificuldades organizacionais. A cada uma destas categorias atribuímos subcategorias, conforme o quadro n.º 6.

A sub-categoria “Dificuldades operacionais” emergiu das seguintes unidades de análise:

“Exactamente. O dobro do esforço, metade do reconhecimento!” (P1);

“Claro que sim. Assumir dois serviços... Huum... Leva muitas vezes a esse tipo de... sentimentos.”; “Sim, claro. É a duplicação de responsabilidades (...)” (P2);

“Huum... As dificuldades que eu acho que são sentidas... huum... em grande escala é a dualidade de termos doentes no SU e temos que os deixar e sairmos para... para as saídas no exterior quando somos acionados na SIV...” (P3);

Quadro n.º 6 – Categorias e subcategorias relativas à área temática “Dificuldades sentidas no exercício de funções numa ambulância SIV integrada num SU”

Categorias	Subcategorias	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8
Dificuldades operacionais	Trabalho acrescido	X		X	X	X	X	X	
	Assumir dois serviços		X						
	Aumento das responsabilidades		X						X
Dificuldades organizacionais	Protocolos da SIV diferentes dos protocolos do SU				X		X		
	Trabalhar com diferentes chefias				X				

“Claro, é um trabalho acrescido. Um esforço ainda mais para gerir as minhas funções...” (P4);

“Ter a dualidade profissional no mesmo turno de... estar a fazer SIV e de ter de estar no SU e a qualquer momento ser chamado... para sair e mesmo assim tenho e continuo a ser enfermeira do SU e a ter doentes no SU.” (P5);

“(...) não estou dedicado só aquela função...” (P6);

“Porque muitas vezes estou a prestar cuidados no SU e sou chamado e tenho que sair para o pré-hospitalar (...)” (P7);

“(...) é uma responsabilidade muito grande... até porque nós acabamos por ter dois focos de ação (...)” (P8).

Todos os participantes, sem exceção, manifestaram dificuldades na operacionalização das suas funções quando desempenham funções, ao longo do turno, na ambulância SIV integrada no SU. Se, numa situação profissional anterior, estes enfermeiros apenas realizavam funções num dos serviços, agora têm de realizar funções, no mesmo turno, nos dois serviços. Nitidamente, há um acréscimo de trabalho, com inerente aumento das responsabilidades, tendo o mesmo enfermeiro de assumir dois serviços e, sempre que saia para o serviço pré-hospitalar, os doentes que cuidou no SU, ficam no SU sem os seus cuidados.

Certo é que, ao nível monetário, esta situação poderá ser vantajosa: para dois serviços existe apenas um enfermeiro, e se este não for acionado para alguma ocorrência pré-hospitalar, é útil e colabora no SU. Mas, para este mesmo enfermeiro, isto poderá acarretar dificuldades sérias, por ser o dobro do trabalho e, consequentemente, o dobro das responsabilidades.

Poderíamos encarar esta situação pelo lado positivo, e tentar perceber outras vantagens, nomeadamente a experiência profissional que os enfermeiros adquirem ao exercerem funções em EPH e em ambiente intra-hospitalar. Contudo, as possíveis vantagens desta situação profissional não foram alvo de investigação deste estudo, pelo que nada mais podemos concluir acerca deste facto.

Os nossos resultados vão de encontro ao defendido por Silva et al (2013), referindo este autor que o ritmo acelerado de trabalho, resultante de um número insuficiente de trabalhadores, excesso de tarefas por indivíduo e aceleração na realização das tarefas, intensifica-se no trabalhador e acarreta mais dificuldades na sua atividade laboral.

Por outro lado, descritas pelos P4 e P6, classificamos as dificuldades organizacionais:

“Dificuldades?! Assim... É muito complicado gerir os protocolos... ter que saber os protocolos da SIV, e depois ter que saber o funcionamento da urgência... No fundo tenho que estar... Um dia estou no meio, no outro dia estou na urgência e esta constante mudança de papéis... Huum... Propicia ainda mais a frustração e a decepção.”; “Uma coisa é estares em EPH, outra coisa é estar numa emergência com uma hierarquia... e com protocolos muito distintos uns dos outros.” (P4);

“Tenho que partilhar funções, protocolos, atividades...” (P6).

Estes dois participantes, nestas unidades de análise, referiram dificuldades relacionadas com aspetos organizacionais. Não se referiram apenas à dificuldade de operacionalizar as suas funções, mas também à organização que existe. Neste contexto, percebemos que os protocolos existentes na ambulância SIV são diferentes dos protocolos existentes no SU e, de facto, não é difícil entender que em situação pré-hospitalar existam situações que não poderão ser controladas e vigiadas tão especificamente como num SU, daí a necessidade de existirem protocolos e atuações diferentes para os dois contextos. Aos enfermeiros nesta situação profissional cabe, então, saberem e dominarem todos estes protocolos, o que acarreta um acréscimo de capacidade de concentração e domínio da matéria.

Por outro lado, destaca-se o facto de trabalhar com diferentes chefias. Numa situação de EPH, considerando a ambulância SIV o meio mais diferenciado no local, o enfermeiro deste meio de socorro é o líder da ocorrência e é ele quem toma decisões (algumas com validação médica pelo contacto prévio com o CODU). Numa situação de emergência intra-hospitalar, na presença de médico, normalmente é este profissional quem toma decisões e quem lidera, frequentemente devido ao conhecimento específico que possui e que lhe

garante legitimidade de exercer controle (Farias e Vaitsman, 2002). Ora, isto pode desencadear conflitos de papéis e disputas individuais quanto ao nível de responsabilidades, acarretando, conseqüentemente, insatisfação profissional (Hanzelmann e Passos, 2010). Este processo de satisfação/insatisfação no trabalho pode também ser influenciado pela complexa e dinâmica interação das condições gerais de vida, das relações de trabalho, do processo de trabalho e do controle que os próprios trabalhadores têm sobre as condições de vida e trabalho (Linch, 2011).

De destacar que as dificuldades organizacionais foram apenas mencionadas pelos participantes que, antes de exercerem funções no SU, exerciam funções numa ambulância SIV não integrada. Podemos assim garantir que os participantes que exerciam funções no SU antes de exercerem funções na ambulância SIV, não mencionaram qualquer tipo de dificuldade organizacional, apenas operacional. Por outro lado, o participante que referiu dificuldades quanto ao trabalhar com diferentes chefias (P4), é justamente o participante que exerce funções no SU à menos tempo, pelo que tem menor experiência profissional neste contexto. Não podemos precisar se tal dificuldade se deve exclusivamente à menor experiência profissional, o certo é que estes dois fatores, curiosamente, coincidem.

Por este motivo, podemos considerar que o nosso estudo vai de encontro ao defendido por Guido et al. (2011), que refere que a maior experiência profissional, torna o indivíduo mais seguro em relação às atividades que desenvolve e, possivelmente, dota-o de maior capacidade de controle das situações e de maior capacidade para construção de mecanismos para superar o problema.

Concluindo esta área temática, ficam assim identificadas as principais dificuldades manifestadas pelos participantes, pelo facto de exercerem funções numa ambulância SIV integrada num SU.

Independentemente das dificuldades sentidas, é certo que, pelo facto delas existirem, o trabalho torna-se frustrante, podendo influenciar negativamente a qualidade dos cuidados prestados (Leite e Vila, 2005).

6.2.3. Perceção da influência do stress nos cuidados de enfermagem

De acordo com o manifesto pelos participantes, uma vez que nesta situação profissional se deparam com doentes no SU e com doentes provenientes da ambulância SIV, classificámos duas categorias desta área temática: cuidados de enfermagem no SU e

cuidados de enfermagem na SIV. A cada uma destas categorias foram atribuídas as respetivas subcategorias, esquematizados no quadro n.º 7:

Quadro n.º 7 – Categorias e subcategorias relativas à área temática “Perceção da influência do stress nos cuidados de enfermagem”

Categorias	Subcategorias	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8
Cuidados de enfermagem no SU	Descontinuidade de cuidados	X	X		X		X	X	X
	Dificuldade em realizar uma completa passagem de turno	X		X					X
	Sensação de abandono dos doentes			X		X			
	Cuidados precários								X
	Falta de qualidade								X
Cuidados de enfermagem na SIV	Falta de concentração	X							X
	Maior tempo de resposta		X		X		X	X	

As unidades de análise que deram origem à categoria “Cuidados de enfermagem no SU”, foram as seguintes:

“Nunca conseguimos avaliar os nossos cuidados.”; “Porque muitas vezes não dá tempo a fazer a passagem de turno corretamente aos colegas...” (P1),

“Não posso dar continuidade aos meus cuidados.”; “(...) ter de passar os meus cuidados a outro colega (...) o doente vai ficar afetado, não é?!” (P2),

“Às vezes temos de sair e não podemos passar os doentes... Temos de os deixar sozinhos (...)” (P3),

“(...) podem ficar cuidados a meio se entretanto fôr acionada...” (P4),

“(...) os doentes ficam um bocado abandonados no SU porque é menos um elemento aqui no SU e os nossos colegas também ficam sobrecarregados” (P5),

“(...) não consigo fazer um acompanhamento daquele doente, monitorizar sequer o que foi decorrente das minhas intervenções (...)” (P6),

“(...) o meu planeamento de cuidados de enfermagem (...) está quase sempre a ser posto em causa e... tenho que o interromper (...)” (P7),

“Afetados e acabam por ser precários, não é?! porque a maior parte das vezes não tem uma qualidade... Não tem qualidade no sentido de continuidade do próprio tratamento, fica a meio, portanto. E o mesmo acontece quando estamos a sair... Ok, deixamos o doente, não conseguimos passar o doente a alguém por algum motivo, e estamos a sair (...)” (P8).

A interpretação destas unidades de análise, encaminhou-nos a relembrar o Código Deontológico do Enfermeiro (Nunes, Amaral e Gonçalves, 2005), merecedor de particular importância neste estudo de investigação, não só por regular as atitudes e comportamentos que devem ser seguidas pelos enfermeiros, mas também pela significância que tem perante a profissão:

No Artigo 83.º - Do direito ao cuidado, é referido o dever do enfermeiro em assegurar a continuidade de cuidados, registando fielmente as observações e intervenções realizadas. Tal continuidade de cuidados não é, muitas vezes, concretizada. Os participantes efetuam um planeamento de cuidados de enfermagem mas, muitas vezes, não chega a ser integralmente concluído. Neste sentido, a continuidade de cuidados é deficiente, não se observando nem registando o que adveio das intervenções realizadas;

Pelo Artigo 88.º - Da excelência do exercício, o enfermeiro assume o dever de analisar com regularidade o trabalho que efetuou e reconhecer eventuais falhas, merecedoras ou não, de mudança de atitude. Os participantes, quando saem do SU ao serviço da ambulância SIV, deixam de poder analisar o trabalho que realizaram nos doentes do SU, não podendo portanto identificar falhas advindas do exercício das suas funções, nem sequer atuar perante uma possível complicação que possa surgir advinda do tratamento que administrou aquele doente;

Mantendo-nos no Artigo 88.º, o enfermeiro deve garantir a qualidade e assegurar a continuidade dos cuidados das atividades que delegar. Mas, havendo dificuldade em efetuar uma completa passagem de turno de determinado doente, poderão existir atividades que nem sequer chegam a ser delegadas. Pode haver informação perdida, cuidados afetados, o próprio doente pode questionar o motivo pelo qual o enfermeiro que esteve consigo nunca mais se dirigiu a si, e neste sentido pode sentir-se “abandonado”.

Esta situação concreta de perceção de “abandono” do doente, numa perspetiva ideal, leva-nos a imaginar que, com a ausência do enfermeiro da SIV, um enfermeiro que fica no SU

irá dar continuidade aos doentes que o primeiro cuidou, o que nem sempre é bem aceite por todos os enfermeiros tal como referido por um participante:

“(...) eles acham que não têm de assumir um doente ao qual não fizeram qualquer tipo de contacto e não têm que assumir um doente ao qual não fizeram rigorosamente nada, não é?! Somos nós os responsáveis por eles, fomos nós que fizemos as intervenções aquele doente, fomos nós que estivemos com eles (...)” (P3).

Devido a esta situação, citando novamente o artigo 83.º - Do direito ao cuidado, onde fica definido a obrigatoriedade do enfermeiro em proporcionar um atendimento do indivíduo em tempo útil, admitindo que o doente do SU tem de aguardar pelo regresso do enfermeiro da SIV, nitidamente haverá atrasos no seu diagnóstico e tratamento. Contudo, parece-nos irrisória tal situação, nomeadamente pelo tempo que o enfermeiro da ambulância SIV pode levar até regressar ao SU.

Relativamente à categoria “Cuidados de enfermagem na SIV” encontrámos as seguintes unidades de análise:

“(...) muitas vezes estamos lá, mas estamos a pensar no que ficou...” (P1);

“Se estou na urgência o meu tempo de resposta vai ser muito maior (...)” (P2);

“E há atraso no socorro...” (P4);

“(...) pode haver a sensação de que... houve um atraso porque se estivesse na base e não estivesse a exercer uma tarefa, se calhar, o socorro teria sido mais rápido (...)” (P6);

“(...) o atraso que me faz com que eu não esteja sempre disponível 100% para sair de imediato quando sou chamado para o meu doente pré-hospitalar (...)” (P7);

“Não estou completamente concentrada porque sinto que há coisas que deixei para trás (...)” (P8).

Estas citações reportaram-nos para dois artigos, mantendo a revisão do Código Deontológico do Enfermeiro (Nunes, Amaral e Gonçalves, 2005):

Uma vez mais, o Artigo 83.º, que destaca o dever do enfermeiro em atender o indivíduo em tempo útil: os participantes admitiram que, pelo facto de estarem no SU a prestar cuidados, pode haver atrasos a sair do SU e, consequentemente, o doente do pré-hospitalar terá de aguardar. Se este atraso é real ou se é apenas uma sensação, ou se tem influencia para o

doente, apenas com este conteúdo, nada podemos concluir. O certo é que vários participantes manifestaram este aspeto e, concordando com o referido por Salvador, Silva e Lisboa (2013), ocupa-se o serviço com situações, por vezes, não urgentes, podendo as verdadeiras situações emergentes não terem o atendimento no tempo adequado, apesar de se revestirem de extrema importância na morbilidade e mortalidade das vítimas;

O Artigo 89.º - Da humanização dos cuidados, que refere que o enfermeiro tem o dever de dar atenção à pessoa como uma totalidade única, quando presta cuidados: os participantes admitiram que ficam a pensar no que deixaram no SU quando vão ao serviço da ambulância SIV, logo este dever é negligenciado. Não estão totalmente concentrados no doente do pré-hospitalar, o que pode acarretar falhas e erros, ou até mesmo consequências mais graves.

Por estas razões, podemos concluir que os cuidados de enfermagem, nos doentes do SU e nos doentes da SIV, são afetados. As competências do enfermeiro, quer em contexto intra-hospitalar quer em contexto extra-hospitalar, e as normas deontológicas e legais (exigidas pelo Artigo 79.º - Dos deveres deontológicos em geral, do Código Deontológico do Enfermeiro) são negligenciadas, sem que este profissional tenha necessariamente culpa de tal situação. Se está ao serviço da ambulância SIV, obviamente poderá ter de se ausentar a qualquer momento do SU, estando ou não com doentes a seu encargo. Se deixa algo por fazer no SU e não teve oportunidade de transmitir tal incumprimento a um colega, ficará a pensar nisso, e não estará totalmente concentrado na situação nova com que se depara. O doente, inevitavelmente, acaba por ser prejudicado e, a qualidade dos cuidados de enfermagem será menor.

Todos os participantes, independentemente da idade, género, tempo de experiência profissional ou grau académico, consideraram que os cuidados de enfermagem são afetados, percebendo-se, uma vez mais neste estudo, o desagrado destes enfermeiros perante esta situação profissional de exercer cuidados num SU e numa ambulância SIV integrada, ao longo do turno.

Além disso, num tempo onde muito se discute acerca da qualidade dos cuidados de enfermagem, concluímos que, uma vez mais, tal como em muitas outras situações presentes do nosso país, pensa-se em valores monetários e em poupança de recursos, neste caso, humanos, havendo esquecimento ou desvalorização das dificuldades sérias com que estes profissionais diariamente se deparam e das consequências que estas dificuldades

acarretam para os cuidados prestados. Neste contexto, seria curioso conhecer a opinião e a perspetiva dos governantes do país, nomeadamente dos senhores que coordenam o serviço nacional de saúde, sempre preocupados com as questões económicas, mas esquecendo-se da opinião dos que diariamente “vestem a camisola”. Mais curioso ainda seria conhecer a opinião e satisfação, ou a falta dela, dos doentes que, ora são atendidos por um enfermeiro fardado de INEM, ora são atendidos por um enfermeiro com farda do hospital. Por certo, isto também lhes causará alguma confusão.

6.2.4. Estratégias adotadas pelos enfermeiros para a gestão do stress

Perante esta situação profissional, os participantes admitiram recorrer a algumas estratégias para gestão do stress sentido, apresentadas no quadro que se segue:

Quadro n.º 8 – Categorias e subcategorias relativas à área temática “Estratégias adotadas pelos enfermeiros para gestão do stress”

Categorias	Subcategorias	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8
Estratégias de <i>coping</i> centradas nas emoções	<i>Hobbies</i>	X	X		X	X			X
	Evitamento			X			X		
	Reflexão							X	

Esta divisão foi baseada nas seguintes unidades de análise:

“(...) Muita corrida! Huuum... desporto, muito desporto.”; “Desporto e ouvir música.”; “(...) Um bom saco de boxe resolve tudo.” (P1);

“Huuum... Desporto...” (P2);

“No meu caso, tento abstrair-me o máximo que posso destas problemáticas (...)” (P3);

“Logo que aqui cheguei e me deparei com esta realidade (...) decidi fazer um curso de reiki... como terapia para relaxar (...)” (P4);

“(...) gosto de sair com os amigos, técnicas de relaxamento...” (P5);

“(...) tento afastar da fonte de stress...” (P6);

“(...) essa estratégia muitas vezes é feita em casa, antes de vir trabalhar e... pensar que realmente vou para mais um turno que, de nada tem de diferente do anterior, e tenho que tentar ser o mais... huum... o mais pacífico possível e pensar que realmente isto não pode ser um foco de stress (...)” (P7);

“(...) gosto muito de fazer desporto (...) gosto de dançar, cantar, gosto de ir à praia, gosto de sair com os amigos, conversar...” (P8).

O organismo, mesmo que inconscientemente, perante uma situação indutora de stress, procura adaptar-se para minimizar as consequências físicas, psíquicas e biológicas, originando, desta forma, as estratégias de *coping* (Panunto e Guirardello, 2012).

Todas as estratégias mencionadas pelos participantes neste estudo direccionam-se para a redução do desconforto emocional e do sofrimento, ao invés de ser direccionado para a mudança da situação indutora de stress, manipulando ou alterando as circunstâncias da mesma. Assim, optámos por incluir todas as estratégias na categoria “Estratégias de *coping* centradas nas emoções”, percebendo que todos os participantes consideram que nada podem fazer para alterar esta situação profissional. Não sabemos se na realidade nada pode ser feito, sabemos que esta é a forma como estes enfermeiros encaram e definem esta situação profissional. Este tipo de estratégias de *coping*, segundo Serra (2000) é adotado quando o stress é sentido como grave.

De acordo com Lima et al. (2015), o recurso exclusivo a este tipo de estratégia de *coping* pode afastar o enfermeiro da realidade que ele precisa confrontar no seu dia a dia, levando à não utilização de estratégias mais direccionadas para a resolução ativa do problema. Além disso, o uso de estratégias de *coping* focadas nas emoções poderiam facilitar as estratégias de *coping* focadas no problema, minimizando a tensão emocional (Lima et al., 2015) mas, neste estudo de investigação, tal facto não se confirmou.

Segundo Miller, Brody e Summerton (1988), os homens tendencialmente adotam estratégias de *coping* focadas no problema, dado que são comumente ensinados a resolver os problemas através de uma ação direta, desenvolvendo um sentido de independência e controlo. Por outro lado, sendo a socialização das mulheres realizada de forma a não lhes proporcionar o desenvolvimento de personalidades muito resistentes, estas adotam geralmente estratégias mais direccionadas para as emoções. Este nosso estudo vem, porém, contrariar esta opinião uma vez que, independentemente do género, todos os participantes admitiram adotar estratégias de *coping* focadas nas emoções.

Assim, os resultados do nosso estudo não vão de encontro ao defendido por Guido et al. (2011), que refere que a estratégia de coping mais utilizada é a resolução de problemas, havendo focagem direta na resolutividade do problema, definindo-o e planeando a forma como o enfrentar e resolver.

Dentro do *coping* centrado nas emoções, conseguimos distinguir unidades de análises direcionadas para os *hobbies*, para o evitamento e para a reflexão.

Os *hobbies* são caracterizados como trabalhos de inspiração que as pessoas fazem por gosto e não por obrigação, mexendo diretamente com as emoções e favorecendo a libertação de energias bloqueadas, estimulando a criatividade e favorecendo o equilíbrio mental das pessoas (Delboni, 2008). Constituem atitudes e gestos simples e pessoais que provocam bem-estar, boa disposição e relaxamento, sendo este último caracterizado como uma terapia anti-stress de excelência (Ramos, 2005).

As estratégias de evitamento, por sua vez, são eleitas quando as pessoas julgam não ter controlo sobre o stress, e se sentem incapazes de mobilizar qualquer recurso ou estratégia ativa para fazer frente ao stress (Ramos, 2005). Curiosamente, neste estudo de investigação, a estratégia de evitamento é adotada pelos dois participantes com mais tempo de experiência profissional (P3, num SU e P6 em ambulância SIV). Segundo Ramos (2005), este tipo de estratégia não favorece a adaptação e o ajustamento das pessoas ao stress, apenas ajuda a piorar as situações, na medida em que se vai adiando o confronto com o problema que necessita ser resolvido.

Este nosso estudo vai ao encontro do defendido pelo autor Lima et al. (2015), que refere que uma das estratégias de *coping* mais utilizada pelas equipas de EPH no Brasil é o evitamento, levando os profissionais a tentar esquecer as situações indutoras de stress. Contudo, os mesmo autores consideram que esta estratégia é mais eficaz em situações pontuais de crise, do que em situações mais prolongadas no tempo.

A reflexão, mencionada apenas pelo P7, concluímos que é adotada como medida preventiva, uma vez que é realizada em casa, antes do turno ser realizado, como forma de organizar a situação e gerir a carga emotiva que dela pode decorrer, antecipando o problema. Se esta reflexão é ou não eficaz, isso não podemos concluir, o certo é que é a única estratégia de *coping* a que este participante admitiu recorrer.

Assim, de acordo com estes achados, podemos concluir que os níveis de stress percecionados por estes enfermeiros são elevados, até porque as estratégias de *coping*

adotadas são aquelas que se usam em níveis graves de stress, sendo que todos os participantes recorrem a estratégias de *coping* centradas nas emoções, não havendo por isso luta pela resolução direta do problema. É estranho e desanimador concluir que estes enfermeiros, apesar da média de idades ser de 31 anos e apesar de terem relativamente pouco tempo de experiência profissional, encaram esta situação profissional como uma situação sem solução. Por certo poderá haver solução, talvez estes profissionais não a estejam a ver, ou não estão motivados para a sua resolutividade. Sobre isto, nada podemos definir com exatidão e certezas.

Ficam assim enunciadas as estratégias adotadas pelos participantes deste estudo na gestão do stress sentido, pelo facto de exercerem funções num SU e numa ambulância SIV integrada, ao longo do turno.

~

SÍNTESE E CONCLUSÕES

Atualmente vivemos numa era de constantes progressos, com frequente desenvolvimento dos conhecimentos e dos recursos tecnológicos, promovendo-se a melhoria da assistência na área da saúde, intra e extra-hospitalar, a pessoas vítimas de acidentes, doenças súbitas ou agudização de patologias crónicas.

Neste sentido, para se dar resposta a situações clínicas onde um meio de socorro dotado de equipamento e profissionais para realização de SAV não chegaria em tempo útil, foram criadas as ambulâncias SIV, dotadas de equipamento e profissionais capazes de realizar SIV, que, por estarem mais descentralizadas comparativamente aos meios de socorro com SAV, conseguem socorrer vítimas de situações clínicas graves em regiões mais longínquas.

Pelo facto das ambulâncias SIV serem tripuladas por um enfermeiro e por um TAE e harmonizando-se os meios de socorro pré-hospitalar com o ambiente intra-hospitalar, iniciou-se o projeto de integração destas ambulâncias em SU's, ficando o profissional de enfermagem, comum aos dois âmbitos laborais, a exercer funções numa ambulância SIV e num SU, ao longo do mesmo turno de trabalho.

Esta duplicação de funções proporciona desenvolvimento de stress no enfermeiro, acrescido ao stress que já é verificado pelo facto de trabalhar em situações de urgência e emergência, com pessoas em situações clínicas graves ou mesmo com risco iminente de vida.

Perante esta situação profissional, sendo a realidade com que diariamente o investigador deste estudo se depara, propusemo-nos desenvolver este estudo com o objetivo de conhecer a perceção dos enfermeiros que realizam ambulância SIV integrada num SU, relativamente ao stress sentido, no exercício das suas funções.

Para concretização deste objetivo, recorreremos à metodologia qualitativa, utilizámos como instrumento de colheita de dados a entrevista semi-estruturada e recorreremos à análise de conteúdo proposta por Bardin (2004). Do estudo destacámos as seguintes conclusões:

Relativamente à caracterização socio-demográfica, os resultados revelaram que os participantes são maioritariamente mulheres, com uma média de idade de 31 anos. O tempo de experiência profissional em SU é, em média, de 6 anos e o tempo de experiência profissional em ambulância SIV é, em média, de 3 anos. Além disso, a maior parte dos

participantes trabalha num SU e em ambulância SIV por opção própria, sendo que apenas um participante não possui formação académica além da licenciatura.

No que respeita ao objetivo “Identificar as respostas orgânicas, percecionadas pelos enfermeiros como resultantes do stress sentido, quando exercem funções em ambulância SIV e num SU, ao longo do turno”, os resultados obtidos permitiram-nos concluir que todos os enfermeiros referem o desenvolvimento de respostas orgânicas que percecionam como resultantes do stress desenvolvido, sendo estas fisiológicas, cognitivas e emocionais. No entanto, as respostas cognitivas e emocionais foram as que se destacaram por serem as mais referidas pelos participantes.

Relativamente ao objetivo “Identificar as dificuldades sentidas pelos enfermeiros quando exercem funções em ambulância SIV e num SU, ao longo do turno”, concluímos que todos os enfermeiros sentem dificuldades por esta duplicação de tarefas, tendo-se classificado estas dificuldades em dificuldades operacionais, como o trabalho acrescido, assumir dois serviços e aumento das responsabilidades; e dificuldades organizacionais, como protocolos da SIV diferentes dos protocolos do SU e trabalhar, no mesmo turno, com diferentes chefias.

Da análise do objetivo “Perceber se, na opinião dos enfermeiros, os cuidados de enfermagem são influenciados devido ao stress sentido pelos enfermeiros, quando exercem funções em ambulância SIV e num SU, ao longo do turno”, concluímos que todos os enfermeiros admitiram que os cuidados enfermagem são influenciados, quer no SU, quer na ambulância SIV. Relativamente aos cuidados prestados no SU referiram existir descontinuidade, dificuldade em realizar uma completa passagem de turno, sensação de abandono dos doentes, cuidados precários e falta de qualidade. Já para os doentes da ambulância SIV, referiram dificuldades como falta de concentração e maior tempo de resposta por estarem no SU a trabalhar quando são acionados.

Sobre o objetivo “Enunciar as estratégias adotadas pelos enfermeiros para gestão do stress sentido quando exercem funções em ambulância SIV e num SU, no mesmo turno”, concluímos que todos os enfermeiros recorrem a estratégias de *coping* centradas nas emoções para gestão do stress sentido, sendo os *hobbies* as principais atividades adotadas. Apenas um enfermeiro admitiu recorrer ao evitamento, e outro à reflexão.

Desta forma, este estudo de investigação tornou-se uma experiência única e saudável de enriquecimento pessoal e profissional. Contudo, cientes das dificuldades que fomos

ultrapassando ao longo desta caminhada, apresentamos de seguida as limitações que consideramos mais relevantes e as sugestões que nos parecem mais pertinentes.

Limitações do estudo

Consideramos que há a destacar como limitações deste estudo: a escassez de tempo para a sua realização, causada grandemente pela carga horária da atividade profissional do investigador; o fator económico que impediu que o estudo se estendesse a outras ambulâncias SIV integradas em outros SU's e a pouca experiência do investigador em realizar trabalhos neste âmbito.

Apesar destas limitações, pensámos que demos respostas ao que nos tínhamos proposto, e esperamos poder contribuir para o desenvolvimento do conhecimento e da evolução da enfermagem, atrevendo-nos a deixar algumas sugestões.

Sugestões para trabalhos futuros

A realização de estudos de investigação neste âmbito permite dar visibilidade ao trabalho do enfermeiro que desempenha funções numa ambulância SIV integrada num SU, tendo de realizar cuidados de enfermagem nestes dois ambientes laborais, ao longo do mesmo turno.

Assim, sendo esta realidade ainda relativamente recente e estando ainda pouco estudada, sugerimos a realização de mais estudos de investigação neste âmbito, nomeadamente: estudar as situações indutoras de stress, avaliar o nível de stress em cada local de exercício de funções de forma isolada, estudar o impacto das estratégias de gestão de stress, sendo também interessante desenvolver e validar um programa de gestão de stress com estes profissionais.

Desta forma, pensámos ter atingido os objetivos propostos inicialmente para este estudo de investigação, esperando contribuir para a diminuição do stress na profissão de enfermagem e, conseqüentemente, melhorar a qualidade dos cuidados prestados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALARCÃO, I. – **Reflexão crítica sobre o pensamento do D. Schon e os programas de formação de professores**. Aveiro: In Cadernos CIDine, 1991;
- ALMINHAS, S. – Cuidar da pessoa no serviço de urgência. **Nursing**. 75 (2007) 57-60;
- AMADO, J. – A técnica da análise de conteúdo. **Referência**. 5 (2000) 53-63;
- AMARAL, J. – **Stress nos técnicos do INEM: Contributos da supervisão**. Aveiro: Universidade de Aveiro, 2004. Tese de mestrado;
- ANTONIAZZI, A. S.; DELL'AGLIO, D. D.; BANDEIRA, D. R. – O conceito de coping: uma revisão teórica. **Estudos de psicologia**. 3:2 (1998) 273-294;
- ARAUJO, A. C. A. – **Tristeza: aspetos psicológicos de suas causas e consequências**. [Em linha]. Brasil, 2012. [Consult. 17 dez. 2015]. Disponível na WWW:<URL: http://antonioaraujo_1.tripod.com/psico1/portugues/triste/TRISTEZA.HTML>;
- BANDEIRA, R. – **Medicina de catastrophe: Da exemplificação histórica à iatroética**. Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, 1995. Tese de Doutoramento;
- BAPTISTA, F. A. – **Manejo inicial del paciente traumatizado grave**. Espanha: Editora Arán S. L., 2011. ISBN 97884-92977215;
- BARDIN – **Análise de conteúdo**. 3ª ed. Lisboa: Edições 70, 2004;
- BELL, J. – **Doing your research. A guide for first-time researchers in education and social science**. Milton Keynes: Open university, 1985;
- BENNER, R. W.; BLEDSOE, B. E. – **Critical Care Paramedic**. New Jersey: Editora Pearson Education Inc., 2006. ISBN 013119271;
- BORREL, M. – **Stress não é uma fatalidade**. Cascais: Pergaminho, 2001;
- BREWER, E. W.; SHAPARD, L. – Employee burnout: A meta-analysis of the relationship between age or years of experience. **Journal of Humam Resource Development Review**. 3:2 (2004) 9-16;

- CALDERERO, A. R. L.; MIASSO, A. L.; WEBSTER C. M. C. – Estresse e estratégias de enfrentamento em uma equipa de enfermagem de pronto atendimento. *Revista eletrónica de enfermagem*. 10:1 (2008) 51-62;
- CAROLINE, N. – **Emergency care in the streets**. Pittsburgh: University of Pittsburgh School of Medicine, 1995;
- CASANOVA, N.; SIQUEIRA, S.; SILVA, V. M. – **Emoções**. [Em linha]. Portugal, 2009. [Consult. 15 out. 2015]. Disponível na WWW:<URL: <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/TL0132.pdf>;
- CASTELLAR, J. V.– **Una introducción a la psicofisiología clínica**. Madrid: Ediciones Pirámide, 2000;
- CHUNG, C. H. – The evolution of emergency medicine. **Hong Kong: Journal of Emergency Medicine**. ISSN 10249079. 8:2 (2001) 84-89;
- CIRCULAR NORMATIVA n.º 1/2014. **Formação VMER e SIV – Enfermeiros**. Lisboa. INEM, Departamento de formação em emergência médica;
- COOPER, C. L., DEWE, P. J.; O'DRISCOLL, M. P. – Organizational stress: A review and critique of theory, research, and applications. Thousand oaks: Sage publications, 2001;
- COSTA, E. S.; LEAL, I. P. – Estratégias de coping em estudantes do ensino superior. **Análise psicológica**. 2:24 (2006) 189-199;
- CRRNEU – **Reavaliação da rede nacional de emergência e urgência**. [Em linha]. [Consult. 15 out. 2015]. Disponível na WWW:<URL: <http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/0323CC90-45A4-40E4-AA7A-7ACBC8BF6C75/0/ReavaliacaoRedeNacionalEmergenciaUrgancia.pdf>>;
- DAMÁSIO, A. R. – **O erro de Descartes: emoção, razão e cérebro humano**. Lisboa: Círculo de leitores, 2011;
- DAVIDOFF, L. – Introdução à psicologia. São Paulo: Makron books, 2001;
- DECRETO-LEI n.º 34/2012. **DR I Série**. 32 (2012/02/14) 748-749;
- DECRETO-LEI n.º 104/1998. **DR I Série A**. 93 (1998/04/21) 1739-1757;
- DECRETO-LEI n.º 234/81. **DR I Série**. 176 (1981/03/03) 1983-1995;
- DECRETO-LEI n.º 511/71. **DR I Série**. 274 (1971/11/22) 1788-1790;

- DELBONI, T. H. – **Dê a volta ao stress – como recuperar a sua qualidade de vida e sentir-se melhor.** 1ª ed. Quinta do conde: Ariana editora, 2008;
- DELIBERAÇÃO N.º 20/2013. **Definição da estrutura funcional dos trabalhadores da carreira especial de enfermagem no instituto nacional de emergência médica, I. P.** Lisboa. INEM, conselho directivo;
- DESPACHO n.º 11/2002. **DR I Série B.** 55 (2002/03/06) 1865-1866;
- DESPACHO n.º 727/2007. **DR II Série.** 176 (2007/09/12) 1123-1126;
- DESPACHO n.º 10319/2014. **DR II Série.** 153 (2014/08/11) 20673-20678;
- DESPACHO n.º 13377/2011. **DR II Série.** 192 (2011/10/06) 39681-39682;
- DESPACHO n.º 13794/2012. **DR II Série.** 206 (2012/10/24) 34973-34974;
- DESPACHO n.º 14898/2011. **DR II Série.** 211 (2011/11/03) 43563-43564;
- DESPACHO n.º 18459/2006. **DR I Série A.** 176 (2006/09/12) 18611-18613;
- DIOGO, C. – The reform of the NHS in Portugal. **Public Finance and Management.** 5:4 (2005) 492-522;
- DYKEMA, J.; BERGBOWER, K.; PETERSON, C. – Pessimistic explanatory style, stress and illness. **Journal of social and clinical psychology.** 14 (1995) 357-371;
- EIRA, A. A. – **A saúde em Portugal: A procura e cuidados de saúde privados.** Porto: Faculdade de Economia, 2010. Tese de mestrado;
- ELIAS, M. A.; NAVARRO, V. L. – A relação entre o trabalho, a saúde e as condições de vida: negatividade e positividade no trabalho dos profissionais de enfermagem de um hospital escola. **Revista Latino Americana de Enfermagem.** 14:4 (2006) 517-525;
- ENDLER, N. S.; PARCKER, J. D. A. – Multidimensional assessment of coping: A critical evaluation. **Journal of personality and social psychology.** 58 (1990) 844-854;
- FARIAS, L. O.; VAITSMAN, J. – Interação e conflito entre categorias profissionais em organizações hospitalares públicas. **Cad Saúde Pública.** 18:5 (2002) 1229-1241;
- FERREIRA, T. J. R.; RIBEIRO, J. L.; MEIRA, M. D.; GUERREIRO, S. – Estudo de adaptação da escala Coping with health injuries and problems em pessoas com doença das artérias coronárias. **Revista da sociedade brasileira de psicologia hospitalar.** 6:2 (2003) 24-36;

- FIAMONCINI, Rafaela Liberali; FIAMONCINI, Rafael Emerim – **O stress e a fadiga muscular: factores que afectam a qualidade de vida dos indivíduos.** [Em linha]. Buenos Aires: efdesports.com, 2003. [Consult. 12 out. 2015]. Disponível na WWW:<URL: <http://www.efdeportes.com/efd66/fadiga.htm>>;
- FORTIN, Marie-Fabienne – **Fundamentos e etapas do processo de investigação.** Loures: Lusodidacta, 2009. ISBN 978-989-8075-18-5;
- FRADE, D.; FRASQUILHO, M. – **Stress ocupacional em emergência pré-hospitalar.** Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública, 1998;
- FREUD, S. – **New introductory lectures on psychoanalysis.** New York: Norton, 1933;
- GARROSA, E.; MORENO-JIMENEZ, B.; LIANG, Y.; GONZÁLEZ, J. L. – The relationship between socio-demographic variables, job stressors, burnout, and hardy personality in nurses: An exploratory study. **International Journal of Nursing Studies.** 45:3 (2008) 418-425;
- GOLEMAN, D.; GURIN, J. – **Mind-body medicine: How to use your mind for better health.** New York: Consumer reports books, 1993;
- GOMES, A. R.; CABANELAS, S.; MACEDO, V.; PINTO, C; PINHEIRO, L. – **Stress, Burnout, Saúde Física, Satisfação e Realização em Profissionais de Saúde: Análise das Diferenças em Função do Sexo, Estado Civil e Agregado Familiar** in PEREIRA, M. G.; SIMÕES, C.; MCINTURE - Actas do II congresso família, saúde e doença: Modelos, investigação e prática em diferentes contextos de saúde. Braga: Universidade do Minho, 2008;
- GOMES, A. R.; CRUZ, J. F.; CABANELAS, S. – Estresse ocupacional em profissionais de saúde: um estudo com enfermeiros portugueses. **Psicologia: teoria e pesquisa.** 25:3 (2009) 307-318;
- GOMES, A. R. S. – **Stress e burnout nos profissionais de psicologia.** Braga: Universidade do Minho, 1998. Tese de mestrado;
- GOMES, I. D. – **Parceria e cuidado de enfermagem: uma questão de cidadania.** Coimbra: Formasau, 2007. ISBN 978-972-8485-86-3;

- GRAZIANI, P.; SWENDSEN, J. – **O stress: Emoções e estratégias de adaptação.** Lisboa: Climepsi Editores, 2007;
- GRINNELL, R. M. – **Social work research & evaluation: quantitative and qualitative approaches.** 5ª ed. Itasca, Illinois: E. E. Peacock Publishers, 1997;
- GUEDES, E. M.; MAURO, M. Y. C. – (Re)visando os fatores de risco e as condições de trabalho da enfermagem hospitalar. **Revista Enfermagem.** Rio de Janeiro. 9:2 (2001) 144-151;
- GUERRER, F. J. L. – **Estresse dos enfermeiros que actuam em unidades de terapia intensiva no Brasil.** São Paulo: Escola de enfermagem da universidade de são paulo, 2007. Tese de mestrado;
- GUIDO, L. A.; LINCH, G. F. C.; PITTHAN, L. O.; UMANN, J. – Estresse, *coping* e estado de saúde entre enfermeiros hospitalares. **Revista da Escola de Enfermagem USP.** 45:6 (2011) 145-152;
- HANZELMANN, R. D. S.; PASSOS, J. P. – Imagens e representações da enfermagem acerca do stress e sua influência na atividade laboral. **Revista da Escola de Enfermagem da USP.** 44:3 (2010) 694-701;
- HESPAÑHOL, A. – Burnout e stress ocupacional. **Revista Portuguesa de psicossomática.** 7:1-2 (2005) 153-162;
- HOLAHAN, C. J.; MOOS, R. H. – Life stress and health: Personality, coping and family support in stress resistance. **Journal of personality and social psychology.** 49 (1985) 739-747;
- HOLMES, T. H.; RAHE, R. H. – The social readjustment rating scale. **Journal of Psychosomatic Research.** 11 (1967) 213-218;
- HOWARD, P.; STEINMAN, R. – **Enfermagem de Urgência: da teoria à prática.** Loures: Lusociência, 2010;
- INEM – **Carteira de Serviços.** [Em linha]. Portugal: INEM, 2012a. [Consult. 14 out. 2015]. Disponível na WWW:<URL: <http://www.inem.pt/files/2/documentos/20120418165454759246.pdf> >;

- INEM – **Relatório de actividade e contas 2012**. [Em linha]. Portugal: INEM, 2013b. [Consult. 14 out. 2015]. Disponível na WWW:<URL:http://www.inem.pt/files/2/documentos/20130909140642250332.pdf>;
- INEM – **Sistema Integrado de Emergência Médica**. 1ª ed. Versão 2.0. [Em linha]. Portugal: INEM, 2013a. [Consult. 14 out. 2015]. Disponível na WWW:<URL:http://www.inem.pt/files/2/documentos/20140108162916460041.pdf>;
- INEM – **Situações de excepção**. 1ª ed. Versão 2.0. [Em linha]. Portugal: INEM, 2012b. [Consult. 14 out. 2015]. Disponível na WWW:<URL:http://www.inem.pt/files/2/documentos/2013080209503714040.pdf>;
- KALIMO, R. – **Los factores psicosociales y la salud de los trabajadores: panorama general** in KALIMO R.; EL-BATAWI, M; COOPER, C. L – **Les factores psicosociales en el trabajo y su relación com la salud**. Genebra: OMS, 1988;
- KAWANO, Y. – Association of Job-related stress factors with psychological and somatic symptoms among Japanese hospital nurses: Effects of departmental environment in acute care hospitals. **Journal of Occupational Health**. 50 (2008) 79-85;
- KOLB, B.; WHISHAW, I. Q. – **Neurociência do comportamento**. Barueri: Editora Manole, 2002;
- LA TAILLE, Y. – O sentimento de vergonha e suas relações com a moralidade. **Psicologia: reflexão e crítica**. 15 (2002) 13-25;
- LABRADOR, F. J. – **O stress**. Lisboa: Edições Temas da Actualidade, 1992;
- LATAACK, J. C. – Coping with job stress: measures and future directions for scale development. **Journal of applied psychology**. 71:3 (1986) 377-385;
- LAZARUS, R. S.; DELONGIS, A. – Psychological stress and coping in aging. **American Psychologist**. 38 (1983) 245-254;
- LAZARUS, R. S. – **Emotion and adaptation**. England: Oxford University Press, 1991;
- LAZARUS, R. S.; FOLKMAN, S. – **Stress, appraisal and coping**. New York: Springer Publishing Company, 1984;
- LAZARUS, R. S. – **Psychological stress in the workplace** in CRANDALL, R.; PERREWÉ, P. L. – **Occupational Stress: A handbook**. Washington: Taylor and Francis, 1995;

- LAZARUS, R. S. – **Why we should think of stress as a subset of emotion**. New york: Free Press, 1993;
- LEAL, M. – **Stress e Burnout: estudo comparativo entre médicos de família e outros**. Coimbra: Faculdade de Medicina de Coimbra, 1995. Tese de mestrado;
- LEAL, M. – **Stress e burnout**. Porto: Sedoxil Medibial, 1998;
- LEIDY, Z. – Enjoyable learning experiences – an aid to retention? **Journal of continuing education of nursing**. 23 (1992) 206-208;
- LEITE, M. A.; VILA, V. C. D. – Dificuldades vivenciadas pela equipa multiprofissional na unidade de terapia intensiva. **Revista latino-americana de enfermagem**. 13:2 (2005) 145-150;
- LENT, R. W.; BROWN, S. D. - Social cognitive career theory and subjective well-being in the context of work. **Journal of Career Assessment**. 16 (2008) 6-21;
- LIMA, P.; SABINO, K. C.; GOUVEIA, M.; AVELINO, F. V.; FERNANDES, M. – Fatores estressores e as estratégias de enfrentamento utilizadas por enfermeiros hospitalares: revisão Investig Enferm. Desarr. 2015; 17(2).xx-xx. <http://dx.doi.org/10.11144/Javeriana.iel7-2.feea>;
- LOPES, L.; SANTOS, S. – Florence Nightingale: Apontamentos sobre a fundadora da enfermagem moderna. **Revista de Enfermagem Referência**. ISSN: 08740283. 3:2 (2010) 181-189;
- LÓPEZ, I. E. – **Enfermaria en cuidados paliativos**. Madrid: editorial panamericana, 2000;
- MACEDO, J. C. – **Stress, Qualidade de Vida e Estilo de Vida na Reforma**. Braga: Universidade do Minho, 2010. Tese de mestrado;
- MADEIRA, S.; PORTO, J.; NIEVES, F.; HENRIQUES, A; PINTO, N.; HENRIQUES, G.; RATO J. – **Manual de Suporte Avançado de Vida**. Portugal: INEM, 2011;
- MANISH, N.; SHAH, M. D. – The formation of Emergency Medical services System. **American Journal of Public Health**. ISSN: 1541-0048. 96:3 (2006) 414-423;
- MARTINS, M. C. A. (2003) – **Situações indutoras de stress no trabalho dos enfermeiros em ambiente hospitalar**. [Em linha]. Viseu: Instituto Politécnico de Viseu,

2003. [Consult. 12 out. 2015]. Disponível na WWW:<URL: <http://www.http://repositorio.ipv.pt/handle/10400.19/602>>;

- MATEUS, B. A. – **Emergência Médica Pré-Hospitalar: Que realidade**. Loures: Lusociência, 2007. ISBN 978-972-8930-33-2;
- MCCRAE, R. R.; COSTA, P. T. J. – Personality, coping and coping effectiveness in a adult sample. **Journal of personality**. 54 (1986) 385-405;
- MCVICAR, A. – Workplace stress in nursing: a literature review. **Journal of Advanced Nursing**. 4:6 (2003) 633-642;
- MENZANI, G. – **Stress entre enfermeiros brasileiros que atuam em pronto socorro**. São Paulo: Universidade de São Paulo, 2006. Tese de mestrado;
- MENZIES, I. E. P. – Nurses under stress. **Int. Nurs. Review**. 7:6 (1960) 9-16;
- MELO, B.; GOMES, A.; CRUZ, J. – Stress ocupacional em profissionais de saúde e de ensino. **Psicologia: Teoria, Investigação e Prática**. 2 (1997) 53-72;
- MILLER, S. M.; BRODY, D.S.; SUMMERTON, J. – Styles of coping with threat implications for health. **Journal of Personality and Social Psychology**. 54 (1988) 142-148;
- MONTANHOLI, L. L.; TAVARES, D. M. S.; OLIVEIRA G. R. – Estresse: factores de risco no trabalho do enfermeiro hospitalar. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 59:5 (2006) 661-665;
- MOURA, F. C.; PASQUALI, L. – Construção de um teste objetivo de resistência à frustração. **Psico-usf**. 11:2 (2006) 137-146;
- MUNIZ, M.; PRIMI, R.; MIGUEL, F. K. – Investigação da inteligência emocional como factor do controle do stress em guardas municipais. **Psicologia: Teoria e Prática**. 9:1 (2007) 27-41;
- MUROFUSE, N. T.; ABRANCHES, S. S.; NAPOLEAO, A. A. – Reflexões sobre estresse e burnout e a relação com a enfermagem. **Revista latino-americana de enfermagem**. 13:2 (2005) 255-261;
- MYERS, D. G. – **Psicologia**. Rio de Janeiro: LTC, 2006;

- NEGRELLI, J.; NEIL, H. – **A revolução das emoções**. [Em linha]. Brasil, 2012. [Consult. 17 dez. 2015]. Disponível na WWW:<URL: <http://www.sbneurociencia.com.br/html/sociedade.htm> >;
- NELSON, D.; SIMMONS, B. – Eustress and attitudes at work: a positive approach. In A-S. Antoniou e C. Cooper (eds). **Research Companion to Organizational Health Psychology**. Massachusetts: Edward Elgar Publishing Limited, 2003;
- NOGUEIRA-MARTINS, L. A. – Saúde mental dos profissionais de saúde. **Prática psiquiátrica no hospital geral: interconsulta e emergência**. Porto alegre: artmed editor, 2002;
- NUNES, L.; AMARAL, M.; GONÇALVES, R. – **Código deontológico do enfermeiro: dos comentários à análise de casos**. Lisboa: Ordem dos enfermeiros, 2005. 456 p. ISBN 972-99646-0-2;
- O'BRIEN, T. B.; DELONGIS, A. – The interactional context of problem, emotion and relationship-focused coping: The role of the big five personality factors. **Journal of personality**. 64 (1996) 775-813;
- ODGEN, J. – **Psicologia da Saúde**. Lisboa: Climepsi Editores, 2004;
- OLIVEIRA, B. F. M.; PAROLIN, M. K. F.; TEIXEIRA, E. V. I. – **Trauma: Atendimento pré-hospitalar (APH)**. São Paulo: Atheneu, 2004;
- ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Competências dos enfermeiros de cuidados gerais**. [Em linha]. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2004. [Consult. 15 out. 2015]. Disponível na WWW:<URL: http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/divulgar%20-%20regulamento%20do%20perfil_VF.pdf>;
- ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista**. [Em linha]. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2010a. [Consult. 15 out. 2015]. Disponível na WWW:<URL: http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_competencias_comuns_enfermeiro.pdf>;
- ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica**. [Em linha]. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2010b. [Consult. 15 out. 2015]. Disponível na

WWW:<URL:http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento%20124_2011_CompetenciasEspecifEnfPessoaSituacaoCritica.pdf>;

- PAIS-RIBEIRO, J. L.; SANTOS, C. – Estudo conservador de adaptação do Ways of Coping Questionnaire a uma amostra e contexto portugueses. **Análise Psicológica**. 4:19 (2001) 491-502;
- PANUNTO, M. R.; GUIRARDELLO, E. B. – Carga de trabalho de enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva de um hospital de ensino. **Actas Paul. Enf.** 25 (1) 96-101. [Em linha]. Brasil. 2012. [Consult. 14 out. 2015]. Disponível na WWW:<URL:<http://www.scielo.br/pdf/ape/v25n1/v25n1a17.pdf> >;
- PAULA, A.; MORGADO, M.; PALHA, M.; MOREIRA, R.; MARQUES, R. – **Modelos de financiamento na saúde**. Vila Nova de Gaia: ESTSP, 2012;
- PEIRÓ, J. M. – **Desencadenantes del estrés laboral**. Madrid: Eudema, 1993;
- PHIPPS, W. J.; SANDS J. K.; MAREK, J. F. – **Enfermagem médico-cirúrgica: Conceitos e Prática Clínica**. 6ª ed. Loures: Lusociência, 2003. ISBN 972-8383-65-7;
- PINTO, A.; LIMA, M.; SILVA, A. – Stress profissional em professores portugueses: Incidência, preditores e reacções de burnout. **Psychologica**. 33 (2003) 181-194;
- PINTO, A. M.; CHAMBEL, M. J. – **Burnout e Engagement em contexto organizacional: Estudos em amotras portuguesas**. Lisboa: Livros Novo Horizonte, 2008. ISBN 978-972-24-1623-8;
- PIRES, B.; CERDEIRA, F. – Satisfação profissional dos clínicos gerais num centro de saúde. **Revista Portuguesa de clínica geral**. 6:1 (1989) 6-13;
- PONCE, Pedro – **Manual de urgências e emergências**. 2ª ed. Lousã: Lidel, 2012;
- PONTES, B. – **Competências dos enfermeiros que exercem funções nos serviços de urgência da RAM**. Barcarena: Universidade Atlântica, 2008;
- QUEIRÓS, P. – O que causa mal-estar, stress aos enfermeiros? **Revista de Investigação em Enfermagem**. 8 (2003) 3-7;
- RAMOS, M. – **Crescer em stress: usar o stress para envelhecer com sucesso**. Porto: Ambar, 2005;

- RAMOS, M. – **Desafiar o desafio: prevenção do stress no trabalho**. Lisboa: Editora RH, 2001;
- RAMOS, V. O.; SANNA, M. C. – A inserção da enfermeira no atendimento pré-hospitalar: histórico e perspectivas actuais. **Revista Brasileira de Enfermagem**. ISSN 0034-7167. 58:3 (2005) 355-360;
- RIBEIRO, J. L. – **Introdução à psicologia da saúde**. 2ª ed. Coimbra: Quarteto, 2007;
- RIBEIRO, J. L. – **O importante é a saúde: Estudo de adaptação de uma técnica de avaliação de estado da saúde-SF-36**. Portugal: Fundação Merck Sharp e Dhome, 2005;
- RITA, J. S., PATRÃO, I.; SAMPAIO, D. – **Burnout, Stress Profissional e Ajustamento Emocional em Professores Portugueses do Ensino Básico e Secundário**: Actas do VII Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia. Braga: Universidade do Minho, 2010;
- ROSA, M. A. S.; ALBIOL, L. M.; SALVADOR, A. – Estrés laboral y salud. Indicadores cardiovasculares y endocrinos. **Anales de psicología**. 25:1 (2009) 150-159;
- SALVADOR, R. S. P.; SILVA, B. A. S. A.; LISBOA, M. T. L. – Estresse da equipa de enfermagem do corpo de bombeiros no atendimento pré-hospitalar móvel. **Research**. Esc Anna Nery. 17:2 (2013) 361-368;
- SAMPIERI, Roberto Hernandez; COLLADO, Carlos Fernández; LUCIO, Pilar Batista – **Metodologia de Pesquisa**. 3ª ed. São Paulo: McGraw-Hill Interamericana do Brasil Ltda, 2006. ISBN 85-8680493-2;
- SANTOS, A.; CARDOSO, C. – Profissionais de saúde mental: stress e stressores ocupacionais, stress e stressores ocupacionais em saúde mental. **Psicologia em estudo**. 15:2 (2010) 245-253;
- SANTOS, A. M.; CASTRO, J. J. – Stress. **Análise psicológica**. 4 (1998) 675-690;
- SANTOS, O. S. A. – **Ninguém morre de trabalhar: O mito do stress**. S. Paulo: Cantgraf Editora Lda, 1988;
- SELIGMAN, M.; CSIKSZENTMIHALYI, M. – Positive psychology. **American psychologist**. 55: 1 (2000) 5-14;
- SELYE, H. – A Syndrome produced by diverse nocuous agents. **Nature**. 138:32 (1936);

- SELYE, H. – **The stress of life**. The McGraw-Hill Companies, Inc, 1984;
- SERPA, S. – Motivação para a prática desportiva. In Sobral, F. e Marques, A. – FACDEX: Desenvolvimento somato-motor e factores de excelência desportiva no população escolar portuguesa. Lisboa, 1992;
- SERRA, Adriano Vaz – A vulnerabilidade ao stress. **Psiquiatria clínica**. 21 (2000) 457-466;
- SERRA, Adriano Vaz – **O stress na vida de todos os dias**. 3ª ed. Coimbra: Dinalivro Distribuidora Nacional de Livros Lda, 2007;
- SERRA, Adriano Vaz – Um estudo sobre coping: o inventário da resolução de problemas. **Psiquiatria Clínica**. 9:4 (1988) 301-316;
- SHAHA, M.; RABENSCLAG, F. – Burdensome situations in everyday nursing: na explorative qualitative action research on a medical ward. **Nursing Administration Quarterly**. 31:2 (2007) 134-145;
- SHEEHY'S, S. – **Enfermagem de urgência: da teoria à prática**. 4ª ed. Lisboa: Lusociência, 2001;
- SILVA, A.; PINTO, J. – **Metodologia das ciências sociais**. 14ª ed. Porto: Edições Afrontamento, 2007;
- SILVA, A. I. – **A arte de enfermeiro: escola de enfermagem Dr. Ângelo da Fonseca**. Coimbra: Imprensa da universidade de coimbra, 2008. ISBN 978-972-8704-99-5;
- SILVA, J. L. L.; SANTOS, R. S. F. B.; COSTA, F. S.; TAVEIRA, R. P. C.; TEIXEIRA, L. R. – **Estressores na atividade gerencial do enfermeiro: implicações para a saúde**. [Em linha]. Brasil, 2013. [Consult. 15 out. 2015]. Disponível na WWW:<URL:http://http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-45002013000200015>;
- SOUCASE, B.; MONSALVE, V.; SORIANO, J. F. – Afrontamiento del dolor crónico: el papel de las variables de valoración y estrategias de afrontamiento y estrategias de afrontamiento en la predicción de la ansiedad y la depresión en una muestra de pacientes com dolor cronico. **Revista de la Sociedad Española del Dolor**.12 (2005) 8-16;

- STORDEUR, S.; D'HOORE, W.; VANDENBERGHE, C. – Leadership, organizational stress, and emotional exhaustion among hospital nursing staff. **Journal of Advanced Nursing**. 35:4 (2001) 533-542;
- STRAUB, R. – **Health psychology**. New York: Worth Publishers, 2002;
- SULS, J. David, J. P.; HARVEY, J. H. – Personality and coping: Three Generations of Research. **Journal of personality**. 64 (1996) 711-735;
- TEIXEIRA, F. C. C. – **Stress e Saúde Ocupacional em Profissionais de Risco: Um Estudo com Bombeiros Voluntários do Distrito do Porto**. Braga: Universidade do Minho, 2010. Tese de mestrado;
- TEIXEIRA, S. M. J. – **Stress ocupacional num unidade de administração pública local**. Braga: Universidade do Minho, 2008. Tese de mestrado;
- THOITS, P. A. – Stress and Healths: Major Findings and Policy Implications. **Journal of Healths and Social Behavior**. 51:1 (2010) 41-53;
- VAILLANT, G. E. – Ego mechanisms of defense and personality psychopathology. **Journal of abnormal psychology**. 103 (1994) 44-50;
- VARELA, M.; LEAL, I. – Estratégias de coping em mulheres com cancro da mama. **Análise Psicológica**. 15:3 (2007) 479-488;
- VAZ, C.; CATITA, P. – Cuidar no serviço de urgência. **Nursing**. 148 (2000) 14-17;
- VELEZ, C. P. – Gestão de stress nos profissionais de saúde. **Nursing**. 179 (2003) 10-13;
- VIEIRA, P. M.; OLIVEIRA, L. P.; RESSURREIÇÃO, S. N. – O Enfermeiro perante a Emergência Pré-Hospitalar. **Sinais Vitais**. 61 (2005) 32-35;
- WATSON, D.; HUBBARD, B. – Adaptational style and disposicional structure: Coping and the context of the five-factor model. **Journal of personality**. 64 (1996) 737-774;
- WILCO, W.; MARCEL, Z. – Investigating the appraisal patterns of regret and disappointment. **Motivation and emotion**. 26:4 (2002) 321-331.

APÊNDICES

APÊNDICE A
GUIÃO DA ENTREVISTA

GUIÃO DA ENTREVISTA

Tema: Perceção dos enfermeiros relativamente ao stress sentido, no exercício das suas funções, ao longo do turno, em ambulância SIV e num SU.

Objectivo geral: Conhecer a perceção dos enfermeiros relativamente ao stress sentido no exercício das suas funções, ao longo do turno, em ambulância SIV e num SU.

Apresentação pessoal do investigador: Nome e profissão.

Apresentação do estudo: Tema, objetivos e importância das entrevistas.

Pedido de consentimento: Solicitar o consentimento, informando sobre o respeito pelos procedimentos éticos, e pedir autorização para a gravação da entrevista em áudio. Questionar se tem alguma dúvida que queira ver esclarecida e clarificar a possibilidade de interromper a entrevista a qualquer momento, a pedido do entrevistado.

Entrevista nº: _____ **Data:** _____

Hora de início: _____ **Hora de término:** _____

Identificação do enfermeiro:

Idade: _____

Sexo: M [☐] F [☐]

Tempo de exercício profissional no SU do CHPVVC:

Tempo de exercício profissional na ambulância SIV Vila do Conde:

Desempenha funções no SU do CHPVVC por:

Opção própria []

Proposta da chefia/Direção de Enfermagem []

Outra: Sim [] Não []

Em caso afirmativo, qual:

Desempenha funções na ambulância SIV Vila do Conde por:

Opção própria []

Proposta da chefia/Direção de Enfermagem []

Outra: Sim [] Não []

Em caso afirmativo, qual:

Tem alguma formação pós-licenciatura: Sim [] Não []

Em caso afirmativo, qual:

E em quê:

Objetivos específicos	Questões
<ul style="list-style-type: none"> - Identificar as respostas orgânicas, percebidas pelos enfermeiros como resultantes do stress sentido, quando exercem funções em ambulância SIV e num SU, ao longo do turno 	<ul style="list-style-type: none"> - Costuma sentir alguns sinais e sintomas de stress quando está a exercer funções na ambulância SIV e no SU, no mesmo turno? - Em caso afirmativo, quais são os principais sinais e sintomas que costuma sentir? - Quais são os sentimentos e as emoções que percebe quando exerce funções na ambulância SIV e no SU, no mesmo turno?
<ul style="list-style-type: none"> - Identificar as dificuldades sentidas pelos enfermeiros quando exercem funções em ambulância SIV e num SU, ao longo do turno 	<ul style="list-style-type: none"> - Costuma sentir dificuldades ao exercer estas funções em acumulação? - Se sim, quais são as principais dificuldades sentidas?
<ul style="list-style-type: none"> - Perceber se, na opinião dos enfermeiros, os cuidados de enfermagem são influenciados devido ao stress sentido pelos enfermeiros, quando exercem funções em ambulância SIV e num SU, ao longo do turno 	<ul style="list-style-type: none"> - No seu entender esta “duplicação de tarefas” afeta a sua prestação de cuidados de enfermagem nos doentes do SU? - Em caso afirmativo, porquê? - E nos doentes da SIV? - Em caso afirmativo, porquê?
<ul style="list-style-type: none"> - Enunciar as estratégias adotadas pelos enfermeiros para gestão do stress sentido quando exercem funções em ambulância SIV e num SU, no mesmo turno 	<ul style="list-style-type: none"> - Costuma utilizar algumas estratégias para lidar com o stress sentido quando exerce funções na ambulância SIV e no SU, ao longo do mesmo turno? - Em caso afirmativo, quais são as principais estratégias utilizadas? - Das estratégias referidas, quais são as que considera serem mais eficazes para si?

No término da entrevista averiguar se o enfermeiro participante tem algo mais a acrescentar, agradecer pela disponibilidade e colaboração.

APÊNDICE B

PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO AOS PARTICIPANTES PARA A REALIZAÇÃO DAS ENTREVISTAS

PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DAS ENTREVISTAS

Exmo. Senhor Enfermeiro Participante,

Assunto: Pedido de autorização para realização de entrevista para estudo de investigação.

Sou Ana Soraia Lima Martins, enfermeira a exercer funções no serviço de urgência do CHPVVC. No contexto da efetivação do estudo de investigação subordinado ao tema *“Perceção do stress dos enfermeiros de ambulância SIV integrada num serviço de urgência”*, inserido no plano curricular do III Curso de mestrado em enfermagem médico-cirúrgica, ministrado pela Escola Superior de Saúde de Viana do Castelo, sob orientação da Professora Doutora Salomé Ferreira, venho junto de V. Ex.^a solicitar colaboração para participar no estudo e a autorização para a realização de uma entrevista e sua gravação áudio.

Este estudo é de natureza qualitativa e tem como objetivo conhecer a perceção do stress sentido pelos enfermeiros a realizarem turno de ambulância SIV Vila do Conde tendo de exercer funções, ao longo do mesmo turno do seu exercício profissional, no SU do CHPVVC, visando contribuir para a melhoria dos cuidados de enfermagem, com uma equipa de enfermagem capaz de gerir eficazmente o stress sentido.

Com o compromisso do cumprimento das normas éticas que presidem este tipo de trabalho, sendo assegurado o anonimato, a confidencialidade e a liberdade de aceitação.

Investigador: _____

Enfermeiro participante: _____

APÊNDICE C

PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL PARA REALIZAÇÃO DAS ENTREVISTAS

PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

Assunto: Pedido de autorização para a realização de entrevistas para estudo de investigação.

Exmo. Senhor Presidente José Manuel de Araújo Cardoso,

Sou Ana Soraia Lima Martins, enfermeira a exercer funções no Serviço de Urgência do CHPVVC com o número mecanográfico 1138, venho junto de V. Ex.^a solicitar a autorização para a realização de entrevistas aos enfermeiros deste Serviço de Urgência que exercem funções na Ambulância Suporte Imediato de Vida, em regime de integração neste serviço, no contexto da efectivação de um estudo de investigação subordinado ao tema *“Perceção do stress dos enfermeiros de ambulância SIV integrada num serviço de urgência”*, inserido no plano curricular do III Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, ministrado pela Escola Superior de Saúde de Viana do Castelo, sob orientação da Professora Doutora Salomé Ferreira.

Este estudo é de natureza qualitativa e tem como objetivo conhecer a perceção do stress sentido pelos enfermeiros a realizarem turno de ambulância SIV Vila do Conde tendo de exercer funções, ao longo do mesmo turno do seu exercício profissional, no SU do CHPVVC, visando contribuir para a melhoria dos cuidados de enfermagem, com uma equipa de enfermagem capaz de gerir eficazmente o stress sentido.

Previamente à realização das entrevistas serão explicados, a cada enfermeiro, o objetivo do estudo, pedida a sua colaboração, assegurado o anonimato, confidencialidade e a liberdade de aceitação.

Dado que a anuência de V. Ex.^a ao meu pedido é imprescindível para a efetivação deste estudo de investigação, desde já agradeço a prestimosa colaboração que solicito, colocando-me à disposição para esclarecimento de qualquer dúvida.

Atenciosamente, aguardo deferimento.

Data: ____/____/____

Assinatura: _____

Autorizo [☐]

Não autorizo [☐]

Data: ____/____/____

Assinatura: _____

APÊNDICE D

TRANSCRIÇÃO DAS ENTREVISTAS

E1

I: P 1... Que idade tens?

P1: 31 anos.

I: Sexo masculino... Há quanto tempo é que exerces funções aqui no SU do centro hospitalar?

P1: Dois anos, precisamente em janeiro do próximo ano.

I: Dois anos, só?! (Espanto na pergunta). Não é na SIV, é na urgência!

P1: Na urgência?! Na urgência... Sete anos.

I: Muito bem. E na SIV são então os dois anos, certo?

P1: Exatamente.

I: Muito bem. Sempre fizeste SIV Vila do Conde? Nunca fizeste outra SIV?

P1: Não.

I: Ok. E porquê que desempenhas funções na urgência deste centro hospitalar? Por opção própria, por proposta da chefia ou direção de enfermagem, ou por qualquer outro motivo?

P1: Foi por proposta da chefia. A SIV foi integrada e propuseram-nos fazer SIV.

I: Mas antes de fazer SIV já trabalhavas cá na urgência, certo?

P1: Sim, já trabalhava cá na urgência.

I: E trabalhavas cá na urgência por opção própria? Ou porque alguém te impôs que tinhas de vir cá para a urgência?

P1: Huum... Havia um lugar disponível e eu preferi vir para a urgência.

I: Ou seja, sempre trabalhas-te na urgência porque quiseste? Porque gostas da área?

P1: Gosto muito. Adoro!

I: Ok. E as funções na ambulância SIV, desempenhas por opção própria, ou foi a chefe que te impôs, ou a direção de enfermagem, ou por outro motivo?

P1: Eles propuseram fazer o curso SIV e nós, pelas condições que nos davam inicialmente, aceitamos.

I: Muito bem. Formação pós-licenciatura, tens alguma? Pós-graduação, especialidade?

P1: Estou a terminar o mestrado, para o ano.

I: E em que área?

P1: Enfermagem médico-cirúrgica. É contigo Soraia, não sabes?! (Risos) Ah... Desculpa!

I: Muito bem. Vamos passar então às perguntas propriamente ditas de forma a atingir os objetivos da minha... da minha tese de mestrado. Sinais e sintomas de stress, costumás sentir quando estás a desempenhar funções na ambulância SIV e no SU ao longo do mesmo turno?

P1: Nas duas coisas ao mesmo tempo?

I: Sim.

P1: Sim, bastantes.

I: Como ainda hoje, por exemplo, que estás de SIV e no SU, costumás sentir sinais e sintomas de stress?

P1: Sim.

I: Muito bem. E quais são esses principais sinais e sintomas de stress que sentes?

P1: Principalmente alterações de humor (elevação do tom de voz, nota-se maior agressividade nesta resposta).

I: Ficas mal disposto...

P1: E nervoso.

I: Muito bem. Só esses? Mais algum que queiras referir?

P1: Cansaço.

I: Huum... E mais?

P1: Tristeza.

I: Huum...

P1: Já chega...

I: É?! Pronto. Sentimentos e emoções que tu também percecionas, alguma coisa?

P1: Ora bem... Principalmente medo de estar a deixar os doentes aqui na urgência... abandonados, praticamente, e... algum desapontamento por muitas vezes não vermos esse esforço-extra reconhecido.

I: Não vês esse esforço reconhecido, porquê? Por parte dos doentes, por parte do hospital, dos teus colegas, por parte da chefia?

P1: Por parte dos meus colegas, dos utentes e mesmo dos responsáveis.

I: Portanto, isso também é uma dificuldade que sentes ao ter que... ao haver esta duplicação de tarefas, certo?

P1: Exatamente. O dobro do esforço, metade do reconhecimento! (Risos e demonstração comportamental de orgulho pela resposta oferecida).

I: Muito bem. E nos doentes que ficam cá no SU, huum, notas...

P1: Olha... Que a sorte lhes valha!

I: Tu notas que esta duplicação de tarefas, afeta a tua prestação de cuidados, nos doentes que ficam na urgência?

P1: Claro. Nós quando assumimos a responsabilidade para tratamento de um doente, pressupõe a administração de terapêutica ou de algum tipo de cuidados e a tua avaliação... que nós não conseguimos fazer porque saímos... Nunca sabemos... Nunca conseguimos avaliar os nossos cuidados.

I: Nunca conseguem acompanhar devidamente o doente...

P1: Exatamente.

I: Muito bem. E nos doentes, huum, que vais buscar à rua, em situação pré-hospitalar, consideras que os teus cuidados de enfermagem também são afetados?

P1: Considero porque muitas vezes estamos lá, mas estamos a pensar no que ficou... e se os doentes que ficaram estão bem ou não. Porque muitas vezes não dá tempo a fazer a passagem de turno completa aos colegas... Ou porque eles também estão ocupados, ou porque... huum... não os consegui encontrar antes de sair.

I: Muito bem. De forma a gerires todo este stress, costumas utilizar algumas estratégias? Sei lá... Praticas algum desporto?!

P1: Sim. Muita corrida! Huum... Desporto, muito desporto.

I: É essencialmente essa a estratégia que adotas?

P1: Desporto e ouvir música.

I: Muito bem. Dessas estratégias qual é aquela que consideras ser mais eficaz para ti?

P1: É o desporto. Um bom saco de boxe resolve tudo (risos).

I: Pronto senhor enfermeiro, muito obrigada pela sua colaboração. Tem mais alguma coisa a acrescentar?

P1: Não, é só. Queria dar-lhe os parabéns pelo trabalho que está a desenvolver, só assim é que a profissão pode andar para frente. E graças a pessoas como a senhora enfermeira Soraia que um dia mais tarde vamos ser melhores que hoje.

I: (Risos). Muito obrigada pela sua colaboração!

P1: De nada. Disponha sempre...

E2

I: Vamos começar a entrevista com o P2, que precisamente faz ambulância SIV mais SU, ao longo do mesmo turno de trabalho. P2, quantos anos é que tens?

P2: 31 anos.

I: Muito bem. Há quanto tempo é que exerces funções no SU do centro hospitalar?

P2: Huuum... Seis anos.

I: E há quanto tempo exerces na ambulância SIV?

P2: Dois anos.

I: Nunca fizeste nenhuma ambulância antes de fazer ambulância SIV Vila do Conde?

P2: Já... Já fiz pré-hospitalar nos bombeiros de Vila do Conde.

I: Mas em ambiente SIV, não?

P2: Não, em ambiente SIV não.

I: Ok. E desempenhas funções no SU do centro hospitalar por opção própria, por proposta da chefia ou direção de enfermagem, ou por qualquer outro motivo?

P2: Por ambas. Foi-me proposto pela direção e... era um local de trabalho onde queria desenvolver a minha atividade profissional como enfermeiro.

I: E na ambulância SIV, desempenhas funções por opção própria, por proposta da chefia...?

P2: Exatamente igual, também.

I: Portanto, pelos dois motivos... Muito bem. Tens alguma formação pós-licenciatura? Alguma pós-graduação, especialidade?

P2: Tenho a especialidade médico-cirúrgica... Doente crítico.

I: Pelo facto de desempenhares funções na ambulância SIV e no SU, ao longo do mesmo turno de trabalho, consideras que desenvolves sinais e sintomas de stress?

P2: Claro que sim. Assumir dois serviços... Huuum... Leva muitas vezes a esse tipo de... sentimentos.

I: E quais são os principais sentimentos e emoções que percecionas, quando estás nessa duplicação de tarefas?

P2: É assim... Ansiedade, não é?! É normal a gente estando de um lado e tento de assegurar outro serviço, não é?! Está sempre dependente de um e de outro serviço. Ansiedade, principalmente.

I: Portanto, consideras que sentes dificuldades, nessa duplicação de tarefas?

P2: Sim, claro. É a duplicação de responsabilidades, logo... O aumento da responsabilidade, leva-me muitas vezes a ficar ansioso por isso, não é?!

I: E os teus doentes, ou aliás, os teus cuidados de enfermagem, nos doentes da urgência, consideras que ficam afetados pelo facto de...

P2: Sim, claro. Pelo facto de eu ter uma saída na viatura e estando a prestar cuidados aos meus doentes da urgência, ao ter de passar os meus cuidados a outro colega, não é?! Huuum... O doente vai ser afetado, não é?! Não posso dar continuidade aos meus cuidados. Muitas vezes iniciamos e... nunca concluímos às vezes aquilo que... que estipulamos e planeamos para o doente.

I: Muito bem. E nos doentes da SIV, consideram... consideras que os teus cuidados de enfermagem são afetados, também?

P2: Sim, no tempo de resposta ao doente da rua, não é?! Se estou na urgência o meu tempo de resposta vai ser muito maior do que se só estivesse... huuum... ao serviço... huuum...

I: No pré-hospitalar?

P2: Exatamente... No pré-hospitalar.

I: Costumas utilizar alguma estratégia para lidar com o stress que sentes?

P2: Ui... Bastantes.

I: E quais são essas principais estratégias?

P2: Huuum... Desporto... E essencialmente isso.

I: Muito bem. E consideras que essa estratégia é eficaz para ti?

P2: Sim, claro. Ou melhor... Tento que seja eficaz. Às vezes, não é?! Não é o facto de fazer desporto que sei que vou ficar menos ansioso ou ter menos consequências no trabalho mas... pelo menos diminui... Agora... Outras vezes, não.

I: Pronto... Muito bem. Tens mais alguma coisa a acrescentar?

P2: Não. Continuação de um ótimo trabalho para si e um sucesso profissional e académico para a enfermeira Soraia.

I: Muito obrigada então pela tua colaboração.

P2: De nada. Sempre às ordens.

E3

I: Vamos dar início à entrevista com a P3... Quantos anos é que tens?

P3: Tenho 33.

I: Sexo feminino... Há quanto tempo é que exerces funções no SU aqui do centro hospitalar?

P3: Há onze anos aproximadamente.

I: E há quanto tempo exerces na ambulância SIV?

P3: Huuum... Há dois anos e meio... Entre... Vai fazer três.

I: Nunca desempenhas-te funções de pré-hospitalar em outra ambulância?

P3: Não...

I: Só na ambulância SIV vila do conde?

P3: Sim, integrada, sim.

I: E desempenhas funções no SU aqui do centro hospitalar porque motivo? Por opção própria, proposta da chefia ou direção de enfermagem, ou por outro motivo?

P3: Por opção própria. Sempre foi o que eu quis fazer.

I: E as funções na ambulância SIV também é por opção própria, por proposta da chefia ou direção de enfermagem, ou por outro motivo?

P3: Inicialmente foi uma proposta da chefia... Huuum... Evidentemente que isso influenciou na minha decisão mas depois... pelas condições que apresentaram, foi uma decisão que eu tomei individualmente... Huuum... Em relação à integração da SIV.

I: Portanto quando a ambulância SIV passou a ser integrada as condições que deram pareceram-te boas na altura...

P3: Exato... Foram diferentes das condições que nos foram apresentadas aquando da iniciação da integração...

I: Da integração propriamente dita... Ok. Formação pós-licenciatura, tens alguma?

P3: Sim (risos). O mestrado médico-cirúrgico...

I: Muito bem...

P3: Que estou ainda a executar... (risos).

I: Ok... Muito bem... Relativamente ao facto de fazeres... Huum... Ou desempenhares funções na ambulância SIV e no SU, ao longo do mesmo turno, admites que costumavas sentir sinais e sintomas de stress?

P3: Sim, claro, evidente... Até porque nós fazemos poucos turnos e, como tal, sentimos quase sempre, ansiedade, taquicardia nas saídas mais difíceis. Huum... Sentimentos depois de irritabilidade e... e é mais isso.

I: Portanto estes são os principais sinais e sintomas de stress, certo?

P3: Certo.

I: Muito bem. Relativamente aos sentimentos e emoções que acabas por percecionar, pelo facto de haver esta duplicação de tarefas... Quais são os principais sentimentos e emoções?

P3: Essencialmente é a frustração... Frustração, raiva... Huum... Acaba por ser uma dualidade de sentimentos... E acho que são estes essencialmente.

I: Ok. E costumavas sentir dificuldades ao exerceres estas funções em acumulação?

P3: Sempre... Sim, sim.

I: E quais são as principais dificuldades?

P3: Huum... As dificuldades que eu acho que são sentidas... huum... em grande escala é a dualidade de termos doentes no SU e temos que os deixar e sairmos para... para as saídas no exterior quando somos acionados na SIV... Huum...

I: Portanto os doentes acabam por ficar aqui na urgência e tu saís e... huum... e se calhar... Consegues passar, fazer uma completa passagem de turno, por exemplo, aos colegas dos doentes que ficam cá?

P3: Não... Outra coisa... Às vezes temos de sair e não podemos passar os doentes... Temos que os deixar sozinhos e... e seguir... Portanto, isso... isso é uma dificuldade... E o maior problema que nós temos aqui neste SU.

I: Ok. Consideras que, devido a essa duplicação de tarefas, os teus cuidados de enfermagem nos doentes do SU, são então afetados?

P3: Sem dúvida.

I: Muito bem. E no caso dos doentes da SIV, consideras que também ficam afetados os teus cuidados de enfermagem?

P3: Claro... Huuum... Tenho que dizer porquê, não é? (Risos).

I: Sim... (Risos).

P3: (Risos). Principalmente porque eles sentem... Quando nós chegamos ao local temos um papel diferente daquele que temos no SU... Eles vêm-nos em dois papéis. O primeiro quando nós abordamos a vítima e depois, muitas das vezes, quando temos de continuar os cuidados no SU a estes doentes e... ficamos com um papel completamente diferente... E eles não compreendem essa diferença de papéis que desempenhamos...

I: E se calhar também ocorre a ti às vezes os próprios doentes perguntarem o porquê de um enfermeiro fardado de INEM estar ali a trabalhar...

P3: Estar ali a trabalhar (em simultâneo com o I)... Não conseguem perceber o porquê, apesar de nós dizermos que estamos em colaboração, eles não entendem que tipo de colaboração é que uma pessoa que deve estar... pronta para sair faz nos doentes da urgência quando é preciso uma continuação de cuidados a estes doentes à qual nós não podemos corresponder porque temos de sair a qualquer momento e deixá-los... huuum... aos nossos colegas... Muitas vezes sem pudermos passar... o que se passa com aquele doente e eles acabam por ficar sozinhos... entre aspas...

I: E mesmo... os teus colegas, portanto os outros enfermeiros que ficam no SU, acabam por compreender esta situação?

P3: Huuum... (Risos). É uma questão complicada... Eu, na minha opinião, acho que não. Huuum... Porque eles acham que não têm que assumir um doente, ao qual não fizeram qualquer tipo de contacto e não têm que assumir um doente ao qual não fizeram rigorosamente nada, não é?! Somos nós os responsáveis por eles, fomos nós que fizemos as intervenções aquele doente, fomos nós que estivemos com eles e... acho que... isso cria alguma instabilidade na equipa...

I: Muito bem. Relativamente a estratégias para lidar com o stress sentido, costumas utilizar alguma?

P3: Sim. Cada qual adota a sua, não é?! Huuum... No meu caso tento abstrair-me o máximo que posso destas problemáticas, não é?! E acabo por... no exterior encontrar essa solução.

I: E quais são essas principais estratégias adotadas?

P3: Huum... Costumo ir passear, costumo ir ao ginásio descarregar energias (risos)... E é por aí...

I: (Risos). Muito bem. P3, mais alguma coisa a acrescentar?

P3: É só. Bom trabalho Soraia...

I: Pronto, muito obrigada pela tua colaboração e pela disponibilidade.

E4

I: P4, quantos anos tens?

P4: 30.

I: Sexo feminino. E há quanto tempo é que exerces funções aqui no SU do centro hospitalar?

P4: Um ano e um mês.

I: Huuum... E há quanto tempo exerces funções na ambulância SIV vila do conde?

P4: Huuum... Um ano e um mês...

I: Mas já exercias ambulância SIV antes de ser SIV vila do conde? Portanto... Tu já exerces-te funções em outras SIV?

P4: Há quatro anos.

I: Ok. E vies-te cá para o SU do centro hospitalar por opção própria, foi proposta da chefia ou direção de enfermagem, ou foi por outro motivo?

P4: Por outro motivo.

I: E qual?

P4: Por ser o hospital mais próximo da minha área de residência.

I: E desempenhas funções na ambulância SIV porque motivo? Opção própria, proposta da chefia ou direção de enfermagem, ou por outro?

P4: Proposta da chefia.

I: Huuum... Portanto, anteriormente estavas numa ambulância longe de casa, certo?!

P4: Certo.

I: E depois optas-te por vir para a ambulância SIV vila do conde...?

P4: Aguardava vaga porque era o meio mais próximo da área de residência...

I: Exato. E pelo facto da SIV vila do conde estar integrada neste SU... por esse motivo ficas-te a fazer funções no SU daqui?

P4: Exatamente... de alguma forma foi-me imposto...

I: Pois... Huuum... Formação pós-licenciatura, tens alguma?

P4: Pós-graduação.

I: E em quê?

P4: Emergência e trauma.

I: Ok. E quando exerces funções na ambulância SIV e no SU ao longo do mesmo turno de trabalho, costumavas sentir sinais e sintomas de stress?

P4: Diariamente.

I: E quais são esses principais sinais e sintomas de stress?

P4: Olha... Irritabilidade, isso é transversal, a minha família queixa-se toda do mesmo! (Risos). Alterações de humor e irritabilidade...

I: São esses os principais, portanto?

P4: Sim, sim, sim.

I: E sentimentos e emoções que perceções?

P4: Huum... Mais agressividade... Frustração, uma frustração... Isso frustração é o principal, de facto...

I: Huum...

P4: E humilhação por parte dos doentes e tudo...

I: Muito bem. E costumavas sentir dificuldades ao exercer estas funções em acumulação?

P4: (Silêncio). Dificuldades?! Assim... É muito complicado gerir os proto... ter que saber os protocolos da SIV, e depois ter que saber o funcionamento da urgência... No fundo tenho de estar... Um dia estou no meio, no outro dia estou na urgência e esta constante mudança de papéis... Huum... Propiciava ainda mais a frustração e a decepção.

I: Portanto, no teu caso, inicialmente fazias SIV que não era SIV vila do conde, fazias uma SIV que não estava integrada?

P4: Exatamente.

I: E o facto de vires agora fazer SIV integrada... Huum... Isso traz-te mais dificuldades?

P4: Claro, é um trabalho acrescido. Um esforço ainda mais (com elevação do tom de voz na palavra “mais”) para gerir as minhas funções... Uma coisa é estares em EPH, outra

coisa é estar numa emergência com uma hierarquia... e com protocolos muito distintos uns dos outros.

I: Muito bem. E, no teu entender, consideras que esta duplicação de tarefas, afeta a tua prestação de cuidados de enfermagem nos doentes da urgência?

P4: Obviamente. Huum...

I: E porquê que consideras que os cuidados ficam afetados?

P4: Huum... Não há tanta disponibilidade da nossa parte, podem ficar cuidados a meio se entretanto fôr acionada... Huum... E... E há atraso no socorro...

I: E... Nos doentes, portanto, nos doentes da SIV consideras que os cuidados também ficam afetados por esse atraso?

P4: Exatamente, por atraso, por estar a prestar cuidados diretos na urgência quando devia passar apenas pela colaboração e não assumir essa prestação direta de cuidados.

I: Exato. E...costumas adotar algum tipo de estratégia para lidar com o stress que sentes?

P4: Olha... Logo que aqui cheguei e me deparei com esta realidade, para gerir melhor o meu stress e a frustração, decidi fazer um curso de reiki... como terapia para relaxar e para ajudar a... de alguma forma a deixar o trabalho, no trabalho e em casa desfrutar do... das minhas horas de descanso.

I: E consideras que essa estratégia é eficaz para ti?

P4: Não, ajuda mas não é suficientemente eficaz.

I: Muito bem. Tens mais alguma coisa a acrescentar?

P4: Não, está tudo.

I: Pronto. Obrigada pela disponibilidade e colaboração.

P4: De nada, sempre às ordens.

E5

I: P5, quantos anos é que tens?

P5: 29.

I: Sexo feminino. Há quanto tempo é que exerces funções no SU do centro hospitalar?

P5: Huum... Há seis.

I: E há quanto tempo é que fazes ambulância SIV vila do conde?

P5: Há dois anos e meio, não é?!

I: É, acho que sim, mais ou menos. E... exerces funções no SU deste centro hospitalar por opção própria, por proposta da chefia ou da direção de enfermagem, ou por outro motivo?

P5: Por proposta da chefia e também por opção própria.

I: E ambulância SIV fazes por opção própria, por proposta da chefia ou por outro motivo?

P5: Por opção própria e por proposta da chefia também.

I: Ok. Tens alguma formação pós-licenciatura?

P5: Ainda não.

I: Huum... Tens a pós-graduação em emergência e trauma, não é?!

P5: Mas essa aí não foi...

I: Mas conta na mesma... Huum... Costumas sentir sinais e sintomas de stress quando estás a exercer funções na ambulância SIV e no SU ao longo do mesmo turno de trabalho?

P5: Sim.

I: E quais são esses principais sinais e sintomas de stress que sentes?

P5: Preocupação, indecisão por vezes, irritabilidade, taquicardia...

I: Huum... São esses os principais, não é?!

P5: Sim.

I: Ok. E sentimentos e emoções, quais são os principais que percecionas quando exerces funções nestes dois sítios ao mesmo... ao longo do mesmo turno?

P5: Sinto raiva e decepção, preocupação também e por vezes é preciso sentir alguma frieza.

I: Ok. E consideras que costumás sentir dificuldades ao exercer estas funções em acumulação?

P5: Sim.

I: E quais são essas principais dificuldades que sentes?

P5: Huum... Ter a dualidade profissional no mesmo turno de... estar a fazer SIV e de ter de estar no SU e a qualquer momento ser chamado... para sair e mesmo assim tenho e continuo a ser enfermeira do SU e a ter doentes no SU.

I: Muito bem. Portanto, nesse sentido consideras que esta duplicação de tarefas afeta, ou não, a tua prestação de cuidados de enfermagem aos doentes que ficam no SU?

P5: Sim, porque tu vês quando nós saímos ficamos... os doentes ficam um bocado abandonados no SU porque é menos um elemento aqui no SU e os nossos colegas também ficam mais sobrecarregados.

I: E nos doentes da SIV, consideras que os teus cuidados de enfermagem também são afetados?

P5: Sim, porque é assim... tu estás aqui a trabalhar... saís... tens outro tipo de doente, um doente emergente... pré-hospitalar, não tens tanto controlo da situação e... é complicado uma pessoa separar-se de um... uma barreira... e ir logo para outro doente...

I: Até porque muitas vezes as funções que adotamos... que se adota na rua possivelmente são diferentes das funções...

P5: São, são...

I: Há funções da rua mais específicas ou... diferentes...

P5: Mais específicas, mais responsabilidade que tens... e... outro tipo de responsabilidade (com elevação do tom de voz), não digo que seja mais responsabilidade mas outro tipo de responsabilidade...

I: Huum... Muito bem. E para gerir esse stress que sentes, costumás utilizar alguma estratégia?

P5: É assim, quando saio do SU ou de fazer SIV tento esquecer um bocado o que se passou, se há algum caso mais grave... huum... gosto de sair com os amigos, técnicas de relaxamento...

I: E essas estratégias que referiste, consideras que são eficazes para ti?

P5: Sim... Estar com a família, sair com os amigos, esquecer um bocado a parte profissional... ajuda...

I: Portanto, essas são as mais eficazes, certo?

P5: Sim, ajuda.

I: Ok. Tens mais alguma coisa a acrescentar?

P5: Não.

I: Pronto. Obrigada então pela disponibilidade e pela colaboração (Risos).

E6

I: P6, quantos anos é que tens?

P6: 31.

I: Sexo feminino. Há quanto tempo é que exerces funções no SU aqui do centro hospitalar?

P6: Há dois anos.

I: E há quanto tempo exerces funções na ambulância SIV vila do conde?

P6: Há oito.

I: Portanto, sempre exerces-te funções de pré-hospitalar na ambulância SIV vila do conde?

P6: Sim.

I: Ok. E desempenhas funções no SU deste centro hospitalar porque motivo? Por opção própria, foi alguma proposta de chefia ou direção de enfermagem, ou por outro motivo?

P6: Huum... Por outro motivo. Eu já estava integrada na ambulância, a ambulância foi integrada cá, se quisesse continuar a manter funções, obrigatoriamente tinha que...

I: Exercer funções também neste SU...

P6: Teria de exercer funções neste SU (em simultâneo com a resposta anterior do I).

I: Ok. E desempenhas funções na ambulância SIV vila do conde por opção própria, foi proposta da chefia ou direção de enfermagem, ou por outro motivo?

P6: Por opção própria.

I: Ok. Formação pós-licenciatura, tens alguma?

P6: Assim... Alguma coisa em específico?

I: Pós-graduação? Especialidade? Mestrado?

P6: Não.

I: Ok. Consideras que quando exerces funções na ambulância SIV e no SU, ao longo do mesmo turno de trabalho, consideras sentir algumas sinais e sintomas de stress?

P6: Sim.

I: E quais são esses principais sinais e sintomas de stress?

P6: Ansiedade, mais... Alterações de humor... Huum...

I: São esses os principais, não é?!

P6: É.

I: Ok. E...quais são os principais... sentimentos e emoções que percecionas quando exerces estas funções em acumulação?

P6: Huum... Como é que eu vou explicar isto (hesitação)... Huum... Mais frustração e ansiedade... E, se calhar, sensação de que não... não estou a exercer em pleno, não estou a dar o melhor aquele doente porque não estou dedicada só aquela função... Tenho que partilhar funções, protocolos, atividades...

I: Muito bem. E isso também é uma dificuldade que consideras sentir, então, nesta acumulação de funções?

P6: Sim.

I: E tens mais alguma dificuldade que costumas sentir? Ou essa é mesmo a principal?

P6: Não, acho que essa é a principal.

I: Muito bem. E consideras que esta duplicação de tarefas, afeta a tua prestação de cuidados de enfermagem nos doentes da urgência?

P6: Sim, claramente, porque não consigo fazer um acompanhamento daquele doente, monitorizar sequer o que foi decorrente das minhas intervenções e muitas das vezes estou a informar o doente que lhe vou fazer alguma coisa e nem chego a fazer...

I: Muito bem. E nos doentes da SIV, consideras que os teus cuidados de enfermagem também são afetados? Portanto, nos doentes que vais buscar à rua?

P6: Sim, de certa forma sim, porque há sempre um... pode haver a sensação de que... houve um atraso porque se estivesse na base e não estivesse a exercer uma tarefa, se calhar, o socorro teria sido mais rápido... é mais nesse sentido.

I: Muito bem. E para lidar com este stress sentido, costuma utilizar algum tipo de estratégia?

P6: Huum... É assim... Basicamente, vai de... às vezes... tentar afastar da fonte de stress... Se puder vir cá fora, espairar, ou vir até à base ler o manual ou fazer outra coisa mais burocrática, para tentar não... não pensar tanto nisso.

I: Muito bem. Consideras que essa principal estratégia adotada é eficaz para ti?

P6: É assim, para já tem sido.

I: Ok. E tens mais alguma coisa a acrescentar?

P6: Não, acho que não.

I: Pronto, obrigada então pela disponibilidade e pela colaboração.

P6: De nada.

E7

P7: (Risos) Estou como sou, no “Alta definição”... (A imitar programa televisivo).

I: (Risos) P7... Quantos anos é que tens?

P7: 33.

I: Portanto, sexo masculino. E há quanto tempo exerces funções aqui no SU do centro hospitalar?

P7: Desde... Desde o dia que cheguei... Que foi mais ou menos em 2006, por isso... Há nove anos.

I: Muito bem. E há quanto tempo exerces funções na ambulância SIV vila do conde?

P7: Desde fevereiro de 2013...

I: Portanto quase há três anos. E desempenhas funções no SU aqui do centro hospitalar por opção própria, por proposta da chefia ou da direção de enfermagem, ou por outro motivo?

P7: Por ambas, por opção própria e depois foi proposto...

I: Pela chefia, não é?!

P7: Pela chefia...

I: Muito bem. E desempenhas funções na ambulância SIV vila do conde por opção própria, por proposta da chefia ou direção de enfermagem, ou por outro motivo?

P7: Huum... Por proposta da chefia, que inicialmente me agradou... Por isso também foi uma opção própria...

I: Muito bem. Tens alguma formação pós-licenciatura?

P7: Sim, tenho o curso de especialização médico-cirúrgica.

I: Ok. Quando exerces funções na ambulância SIV e no SU ao longo do mesmo turno de trabalho, costumavas sentir alguns sinais e sintomas de stress?

P7: Sim.

I: E quais são esses principais sinais e sintomas de stress?

P7: Huum... Cansaço, a dificuldade em conseguir mudar o chamado “chip” de uma prestação de cuidados no meio hospitalar, para o meio pré-hospitalar.

I: Então, esses são os principais, não é?!

P7: É.

I: E quais são os principais sentimentos e emoções que percecionas quando exerces essas funções... portanto... em duplicação?

P7: Huum... Às vezes o sentimento de... impotência, que não consigo fazer um seguimento total de... de um planeamento de enfermagem, ou de cuidados de enfermagem, como queria... Porque muitas vezes estou a prestar cuidados no SU e sou chamado e tenho que sair para o pré-hospitalar e... pronto, é um sentimento de impotência e muitas vezes de... frustração também...

I: Huum...

P7: E tristeza.

I: Portanto consideras que costumavas sentir dificuldades ao exercer estas funções em acumulação?

P7: Sim, sim.

I: E, além dessa dificuldade que referis-te, mais alguma que... que queiras mencionar?

P7: Não.

I: Muito bem. E, no teu entender, esta duplicação de tarefas afeta a tua prestação de cuidados de enfermagem nos doentes do SU?

P7: Sim, sim, afeta. Afeta porque o meu planeamento de cuidados de enfermagem, o que efetuo para aquele doente, está quase sempre a ser posto em causa e... tenho que o interromper e terminá-lo, e pedir a um colega para... para continuar com o meu plano de cuidados aquele doente que muitas vezes não é elaborado por ele, é elaborado por mim, e pronto... e tenho que abandonar...

I: Muito bem. E os teus cuidados de enfermagem nos doentes da SIV, consideras que são afetados?

P7: Huum... (Hesitação) Aí o único problema é talvez o... o atraso que me faz com que eu não esteja sempre disponível 100% para sair de imediato quando sou chamado para o meu doente pré-hospitalar, porque muitas vezes tenho que... estou a trabalhar com um doente no SU... e tenho que o passar... e isso leva algum tempo... e pronto...

I: Muito bem.

P7: E atrasa o meu...

I: O teu socorro na rua?

P7: O meu socorro...

I: E para lidar com todo este stress desenvolvido, costumás utilizar alguma estratégia?

P7: Huum... Sim, essa estratégia muitas vezes é feita em casa, antes de vir trabalhar e... pensar que realmente vou para mais um turno que, de nada tem de diferente do anterior, e tenho que tentar ser o mais... huum... o mais pacífico possível e pensar que realmente isto não pode ser um foco de stress... Huum... Mas que o é.

I: Ok. E essa principal estratégia adotada consideras que é eficaz para ti?

P7: Huum... Sim. Poderia ser melhor, poderia ter estratégias melhores, no entanto é... a única que consigo ter, porque é a única que depende de mim. O resto não depende... Não sou eu que faço o planeamento do turno, não sou eu que faço o planeamento de... deste tipo de cuidados tanto no meio hospitalar como também no meio pré-hospitalar.

I: Ok. Relativamente a este tema tens mais alguma coisa a acrescentar?

P7: Não.

I: Pronto, muito obrigada pela disponibilidade e colaboração.

P7: Não tens que agradecer, sempre disponível.

E8

I: P8, quantos anos é que tens?

P8: 31.

I: Portanto, sexo feminino, e há quanto tempo exerces funções no SU aqui do centro hospitalar?

P8: Há cerca de cinco anos, vai fazer seis.

I: Muito bem. E há quanto tempo é que exerces funções na ambulância SIV vila do conde?

P8: Desde 2013, vai fazer três anos em fevereiro de 2016, não é?!

I: É... Três anos.

P8: Três anos... Vá...

I: E desempenhas funções no SU aqui do centro hospitalar por opção própria, por proposta da chefia ou por parte da direção de enfermagem, ou por outro motivo?

P8: Não, foi mesmo por opção, foi a pedido... Opção própria.

I: Por gostares da área, certo?

P8: Hum, hum... (gesto afirmativo com a cabeça). Sim.

I: E desempenhas funções na ambulância SIV por opção própria, por proposta da chefia ou direção de enfermagem, ou por outro motivo?

P8: É assim. Na realidade... huum... foi por opção própria, tendo em conta que havia uma proposta da chefia... da parte da direção de enfermagem, direção do hospital... e realmente... o que se verifica é que apesar de ter sido uma opção própria, não é?! Quando nos expuseram qual era o cargo, as condições do mesmo... huum... o que é certo é que as condições seriam diferentes... o que nos foi proposto daquelas que efetivamente temos agora, não é?! Ou tornou-se, digamos assim, um “presente envenenado” (gesticulação manual a traduzir o termo entre aspas)... Nós tínhamos a perceção que seria uma realidade e... tornou-se outra um bocadinho mais complexa e com mais dificuldades para nós, que na altura nós nem sequer fazíamos ideia, não é?!...

I: Do que iria acontecer...

P8: Exatamente... É o chamado “presente envenenado”.

I: Muito bem. E formação pós-licenciatura, tens alguma?

P8: Sim, tirei a licenciatura...

I: A especialidade! (Risos)

P8: A especialidade... E a licenciatura também (risos)... a especialidade médico-cirúrgica.

I: Muito bem. E quando exerces funções na ambulância SIV e no SU, ao longo do mesmo turno de trabalho, costumavas sentir sinais e sintomas de stress?

P8: Ah, claramente! Não é?!

I: E quais são esses principais sinais e sintomas de stress?

P8: Ansiedade... huum... a maior parte das vezes, porque nós estamos mesmo a cuidar dos doentes na urgência e a qualquer momento parece que estamos a ouvir o telemóvel... Ele ainda não tocou mas parece que já estamos a ouvir o telemóvel ao fundo ou o próprio Siresp, não é?! O rádio... Que tem aquele som muito próprio... E já está... tipo... empregnado em nós, não é?! E então estamos a picar um doente, ou a preparar medicação e assim de repente parece que estamos a ouvir, e se calhar até nem estamos (com elevação do tom de voz), mas estamos com aquela perceção... ok, temos de ser rápidos, fazer isto rápido, porque a qualquer momento podemos ter de sair e... as coisas vão ficar a meio, não é?! Os procedimentos vão ficar a meio. Além da ansiedade, uma taquicardia, também... huum... às vezes uma pessoa fica mais irritada, com menos paciência, não é?! Nem consegue estar mais descontraída porque está sempre com essa... com essa sensação...

I: Huum... Muito bem. E esses são então os principais sentimentos e emoções que também percecionas?

P8: Sim.

I: Portanto, a irritabilidade... Muito bem. E além dessas dificuldades que sentis-te... que referis-te... sentes mais alguma dificuldade... quando estás nessas funções em acumulação?

P8: Ah, sim. Primeiro, a responsabilidade. Quer queiramos quer não, é uma responsabilidade muito grande... até porque nós acabamos por ter dois focos de ação, não é?! Que é no SU, e temos a responsabilidades dos doentes do SU e... e é... no pré-hospitalar, temos o foco da responsabilidade do pré-hospitalar. Pronto... E isso acontece muitas vezes que nós estamos a tratar de um doente e temos uma saída e nos dizem que é... é uma saída... a partir do momento que somos ativados, até prova em contrário, é uma emergência médica e temos de sair o mais rapidamente possível e isso faz com os doentes

que nós cuidamos até aí na... na urgência, faz com que a gente tenha que os deixar... E às vezes estamos a interromper o tratamento, acabamos às vezes por nem iniciar o tratamento e já assumimos aquele doente como sendo nosso e acabamos por sair e o doente tem que esperar que a gente regresse para da continuidade ao tratamento... Porque acontece, por vezes, não termos tempo de passar o doente a alguém, temos de sair...

I: E nesse sentido, consideras que os teus cuidados de enfermagem nos doentes do SU, são então afetados?

P8: Afetados e acabam por ser precários, não é?! Porque a maior parte das vezes não tem uma qualidade... Não tem qualidade no sentido de continuidade do próprio tratamento, fica a meio, portanto. E o mesmo acontece quando estamos a sair... Ok, deixamos o doente, não conseguimos passar o doente a alguém por algum motivo, e estamos a sair e já temos de estar a pensar no caso para a vítima que vamos, não é?! E muitas vezes ainda estamos a pensar... Ok, o que eu posso encontrar, não é?! Dadas as características que nos dão na ficha, e estamos a pensar no que deixei para trás? E agora, ligo ao colega, não ligo ao colega?

I: E nesse sentido, os doentes da SIV... os teus cuidados nos doentes da SIV são afetados?

P8: Claramente... Não estou completamente concentrada porque sinto que há coisas que deixei para trás que devia... tentar resolver, não é?!

I: Muito bem. E costumavas utilizar algum tipo de estratégia para lidar com este stress que acabas por sentir com estas funções em acumulação?

P8: Huum... Sim, uma pessoa acaba sempre por ter que arranjar estratégias senão acabavamos por dar em doidos, não é?!

I: E quais são as principais estratégias que tu adotas-te ou que adotas?

P8: Olha, antes de mais deixa-me só te dizer que eu acho que, em pleno século XXI, o stress mata! (Elevação do tom de voz) O stress mata e nós enquanto profissionais de saúde que trabalhamos no SU e fazemos pré-hospitalar, nós sentimos o stress! Certo?! É um stress acrescido para além das nossas responsabilidades porque temos muitas vezes a vida na mão, a vida de pessoas que confiam em nós. E... e acreditam que nós estamos capazes, somos capazes de o fazer e acreditam que temos competências para... e temos concentração e dedicação imediata que eles precisam. Pronto. O stress mata, e mata os

outros e nós vemos que também nos mata a nós. E às vezes nós temos de arranjar formas, estratégias para combater esse stress, certo?!

I: Muito bem...

P8: Portanto, gosto muito de fazer desporto, sempre fiz desporto toda a vida. Gosto de dançar, cantar, gosto de ir à praia, gosto de sair com os amigos, conversar... essas coisas assim mais... banais...

I: Muito bem. E consideras que essas estratégias que tu adotas são eficazes para ti?

P8: É assim, acabam por ser eficazes. Só que o que é certo é que... às vezes não são suficientes, não é?! E... uma forma de fazer mudar esse panorama seria se calhar... huum... inverter o sentido das coisas, ou seja, em vez de eu ter que arranjar cada vez mais estratégias, porque vai chegar a um tempo que as estratégias que eu vou usando deixam de fazer efeito, certo?! Então se calhar nós temos que garantir de outro prisma e tentar mudar aquilo que nos leva a sentir stress, se calhar... Mudar os fatores de stress, em vez de tentar combatê-los, não é?! Eu ainda tento disfarçar-lo...

I: Muito bem... Fica a proposta... (Risos). Olha, mais alguma coisa a acrescentar acerca do tema?

P8: Não... Acho um tema muito interessante e pertinente...

I: Também acho! (Risos).

P8: Também achas?! (Risos).

I: Pronto, muito obrigada pela disponibilidade e colaboração.